

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

”ETTÄ JOTAIN TAPAHTUU PERHEEN HOIDOSSA”

Beardsleen perheintervention juurruttamisen prosessi Sunderbyn
aikuispsykiatriassa

Katri Herala

Sosiaalialan koulutusohjelma
Kansalais- ja aluelähtöinen sosiaalialan käytäntöjen kehittäminen
Sosionomi (ylempi AMK)

KEMI 2011

TIIVISTELMÄ



Tekijä: Katri Herala

Opinnäytetyön nimi: ”että jotain tapahtuu perheen hoidossa”

Beardsleen perheintervention juurruttamisen prosessi Sunderbyn aikuispsykiatriassa

Sivuja (+liitteitä): 72+1

Opinnäytetyön kuvaus:

Lähtökohtana kehittämistehtävälleni oli Beardsleen perheinterventioprojekti Ruotsin hallituksen toimesta, joka myönsi kehittämisvaroja Beardsleen perheinterventiokoulutukseen. Beardsleen perheinterventiokouluttaja koulutuksen jälkeen koulutimme Sunderbyn aikuispsykiatrian henkilökuntaa perheinterventiomenetelmään. Kehittämistehtäväni selvitti, onko Beardsleen perheinterventiosta ja Lapset puheeksi-menetelmästä tullut arkipäiväinen työskentelymenetelmä sekä millaisia haasteita arkipäiväistämisprosessi loi ja miten niihin voidaan vasta.

Teoreettinen ja käsitteellinen esittely:

Kehittämistehtäväni teoreettisessa osuudessa käsittelen Beardsleen perheintervention historiaa ja sen kehitysvaiheita USA:ssa, Ruotsissa ja Suomessa. Perehdyn myös lapsinäkökulman kehitykseen ja nykytilanteeseen aikuispsykiatriassa sekä menetelmän juurruttamisen saloihin.

Metodologinen esittely:

Kehittämistehtäväni on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Kehittämistehtäväni tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella touko-kesäkuussa 2010 Webropolohjelmaa käyttäen.

Keskeiset tutkimustulokset:

Tulosten mukaan perheinterventio on arkipäiväistynyt hyvin ja työntekijät ovat motivoituneet kehittämään perheinterventiota. Työntekijät kaipaavat lisää koulutusta ja metodityönohjausta sekä he tarvitsevat enemmän aikaa perheinterventioiden tekemiseen.

Johtopäätökset: Onnistunut juurruttamisprosessi tarvitsee organisaation tuen sekä tarvittavan toimenpideohjelman, jotta menetelmän pysyy elävänä yksilökeskeisessä hoitokulttuurissa.

Asiasanat: Mielenterveysongelmainen vanhempi, perheinterventio, ennaltaehkäisy, juurruttaminen.

ABSTRACT



Author: Katri Herala

Title : "that something would happen in the treatment of families" The implementation process of Beardslee family intervention method in the Department of Adult Psychiatry, Sunderby Hospital.

Pages (appendixes): 72+1

Thesis description:

During my studies a Beardslee family intervention project was carried out by the Swedish government, which granted development funds for the Beardslee family intervention training. I was one of those who participated in the training after which I got the opportunity to be a trainer myself. Thereafter, I together with my colleagues trained the personnel of our organizations in the Beardslee family intervention method. The purpose of my Bachelor's Thesis was to determine whether the Beardslee family intervention and Let's talk about children had become a commonplace method and what kind of challenges the implementation process created and how they could be met.

Theoretical summary:

In the theoretical part of my thesis I discuss the history and development of the Beardslee family intervention method in USA, Sweden and Finland. I also look into the development of the child perspective, the current situation in the adult psychiatric care, as well as the means of implementing a new method.

Methodological summary:

The method of my Bachelor's Thesis is qualitative. I have collected the material through a Webropol survey in May-June 2010.

Main results: The Beardslee intervention model is implemented very well in our organization. The workers are willing to develop the method. However the employees need more training and supervision about the method. They also need more time to perform the interventions.

Conclusion: A successful implementation needs organizational support as well as operational measures in order to keep the method alive in the individual-centered psychiatric care culture.

Key words: parent with mental health problems, intervention, implementation, prevention.

Sisältö

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS.....	9
2.1 Tutkimustehtävät ja metodologiset valinnat	12
2.2 Kohdejoukko.....	16
2.3 Tiedonhakustrategia.....	17
3 BEARDSLEEN PERHEINTERVENTION KEHITYS JA SIIHEN LIITTYVÄT PROJEKTIT JATUTKIMUKSET	21
3.1 Yhdysvaltojen keskeisemmät kehitysvaiheet	21
3.2 Perheintervention keskeisemmät kehitysvaiheet Suomessa	22
3.3 Keskeisemmät kehitysvaiheet Ruotsissa	24
3.4 Keskeisiä perheinterventiota koskevia tutkimuksia USA:ssa ja Skandinaviassa.....	26
3.5 Keskeisemmät hankkeet USA:ssa, Suomessa sekä Ruotsissa.....	31
4 LAPSINÄKÖKULMAN KEHITYS JA NYKYTILANNE AIKUISPSYKIATRIAS- SA.....	38
4.1 Lapset ja aikuispsykiatri	38
4.2 Beardsleen perheinterventio ja Lapset puheeksi-työmenetelmät	42
5 BEARDSLEEN PERHEINTERVENTION JUURRUTTAMISEN HAASTEET JA ONNISTUMISEN EDELLYTYKSET	48
5.1 Onnistumisen edellytykset.....	48

5.2 Implementaation haasteet	52
6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET, JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI.	56
6.1 Kehittämistehtävän tulokset ja johtopäätökset	56
6.2 Kehittämistehtävän arviointi.....	61
6.3 Kehittämistehtävän jatkotutkimushaasteet ja toimenpidesuunnitelma	64
LÄHTEET.....	66
LIITTEET	
LIITTEET 1. Kysely	71

TAULUKOT

Taulukko 1. Beardsleen koulutuspaikkojen jakautuminen.	10
Taulukko 2. Koulutuspaikat alueittain.	11
Taulukko 3. Koulutusryhmät sekä valmistuneet vuosina 2008–2010.	12
Taulukko 4. Keskeiset tutkimukset Beardslee perheinterventiosta USA:ssa vuosina 1992- 2010 ja Skandinaviassa.	29
Taulukko 5. Keskeisiä hankkeita/projekteja perheintervention kannalta.	31
Taulukko 6. Beardslee perheintervention ja Lapset puheeksi-menetelmän peruskehikko.	43
Taulukko 7. Beardsleen alkuperäisen perheintervention kulku.	44
Taulukko 8. Lapset puheeksi-menetelmän kulku.....	46
Taulukko 9. Juurruttamisen erityispiirteet.	55
Taulukko 10. Kehittämistehtävän tulokset.....	56
Taulukko 11. Mikä edisti ja mikä haittasi perheintervention juurruttamisprosessia.	60
Taulukko 12. Itsearviointin mittari.....	62

KUVIOT

Kuvio 1. Ruotsin kartta ja lähipsykiatrin toimipisteet.	13
Kuvio 2. Sunderbyn aikuispsykiatrian organisaatorakenne.	14
Kuvio 3. Kehittämistehtäväni tutkimusasetelma.....	16
Kuvio 4. Beardsleen perheintervention juurruttamisen sisällönanalyysin kategoriat.	19
Kuvio 5. Beardsleen perheintervention kehitys USA:ssa, Suomessa sekä Ruotsissa.	25
Kuvio 6. Yhteistyötä yli sektorirajojen.	41
Kuvio 7. Tieto osallistumisen mahdollisuudesta Beardslee perheinterventioon.	49

1 JOHDANTO

Kehittämistehtäväni aihe on ajankohtainen yhteiskunnallisesti mutta myös alueellisesti Sunderbyn aikuispsykiatriassa. Tutkimusten valossa valtaosalta psykiatrisista klinikoista puuttuvat rutiinit siihen, miten psyykkisesti sairaiden vanhempien lapsia huomioidaan aikuispsykiatrisessa hoitotyössä. Tämän johdosta Ruotsin sosiaalishallitus myönsi kehittämisvaroja Beardsleen perheinterventioprojektille, jonka aikana maakäräjät ja sosiaalihuolto kouluttivat työntekijöitään menetelmän pariin. (Renberg 2007, 3-6.) Näin sain mahdollisuuden kouluttautua Beardsleen perheinterventiomenetelmään. Projektin aikana halukkaat saivat mahdollisuuden jatkaa kouluttajakoulutukseen, jonka mahdollisuuden hyödynsin. Valmistuttuani yhdessä kolmen kollegani kanssa koulutimme yhdeksäntoista työntekijää Beardsleen perheinterventiomenetelmään kahdessa eri ryhmässä.

Kehittämistehtävässäni selvitin, onko Beardsleen perheinterventiosta tullut arkipäiväinen työmenetelmä koulutuksen saaneiden henkilöiden keskuudessa Sunderbyn aikuispsykiatrian alueella ja millaisia haasteita kohdattiin sekä miten niihin voidaan vastata. Kehittämistehtävän kyselyn (N=19) kohdejoukko rajattiin Sunderbyn aikuispsykiatrian henkilökuntaan, vaikka koulutukseen osallistujia oli muista kunnista ja organisaatioista.

Keräsin aineiston kyselylomakkeella (Liite 1.) avoimia- ja monivalinta- kysymyksiä käyttäen. Lähetin kyselyn sähköpostin välityksellä Webropolohjelmaa käyttäen. Aineisto kerättiin touko-kesäkuun aikana 2010. Teoria ja aineiston analyysi tapahtui limittäin, joka tarkoittaa sitä, että teoria ja empiirinen aineisto ovat vuoropuhelussa keskenään johdannosta pohdintaan. Kehittämistehtäväni teoriaosuus koostui saatavilla olevista alkuperäisistä lähteistä Beardsleen ja Solantauksen tutkimuksista sekä loppuraporteista perheinterventioon kohdistuneista projekteista niin USA:ssa kuin Skandinaviassa. Analyysimenetelmänä käytettiin Webropolin perusraportointia sekä aineisto luokiteltiin ala-, ylä- ja yhdistävään kategoriaan.

Kehittämistehtäväni keskeisemmät tulokset tukevat Suomessa tehtyä tutkimusta Beardsleen perheintervention juurruttamisesta ja sen haasteista (Solantaus & Toikka

2006, 29–32). Kehittämätehtäväni loppuun olen tehnyt toimintasuunnitelman, jolla pyrin tukemaan perhekeskeistä työskentelyä koko Sunderbyn aikuispsykiatrian toimialueella. Keskeisimmiksi käsitteiksi nousivat: Mielenterveysongelmainen vanhempi, intervention, juurruttaminen ja ennaltaehkäisy.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS

Ruotsin Yhdistyneet Kansakunnat (Förenta Nationerna FN) hyväksyi sopimuksen lasten oikeuksista. Sopimuksen mukaan lapset tulee huomioida päätöksissä, jotka tehdään julkishallinnoissa jos ne koskettavat lapsia. Lapseksi tässä yhteydessä ymmärretään 0-18-vuotiaat lapset, mutta myös yli 18-vuotiaat nuoret tulee ottaa huomioon päätöksiä tehtäessä. Sosiaalihuollon (Ruotsin Socialstyrelse) raportissa painotetaan, että aikuispsykiatria on keskeisessä asemassa psyykkisesti sairaan vanhemman lasten huomioimisessa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että aikuispsykiatrian tulee vaikuttaa siihen, että lapsi saa tarvitsemansa avun ja tuen silloin, kun vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö. Kehitystä on jo tapahtunut viimeisten vuosien aikana, jolloin on kiinnitetty huomiota psyykkisesti sairaisiin vanhempiin, joilla on alaikäisiä lapsia. (Sos-raport 1999.)

Terveystieteiden lainsäädännön mukaan aikuispsykiatria on velvollinen huomioimaan potilaan omaiset ja näin ollen myös lapset. Aikuispsykiatrian tulee tehdä kaikkensa siinä, että lapset tulevat kuulluksi silloin, kun vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö. (Hälso- och sjukvårdslag 1982:763.) Myös sosiaalihuoltolainsäädännön mukaan henkilöt, jotka työskentelevät aikuispsykiatriassa ovat ilmoitusvelvollisia, jos he epäilevät, että lapsen terveys tai kehitys on vaarantunut (SoL§71).

Kansallinen psykiatrian yhtenäistämishankkeen ensimmäinen osio (Nationell Psykiatrisamordning) kartoitti valtakunnallisesti, millaista tukea aikuispsykiatria tarjoaa lapsille, joiden vanhemmilla on mielenterveydenhäiriö. Kartoituksessa kerrotaan myös, millaista tukea Ruotsissa tarjotaan psyykkisesti sairaiden vanhempien lapsille sekä missä määrin sitä annetaan. Tulosten mukaan 50 % klinikoilta puuttuvat rutiinit ja ohjeet siitä, miten psyykkisesti sairaiden vanhempien lapsia kohdataan. (Renberg 2007, 4-6.)

Kansallinen psykiatrian yhtenäistämishanke päättyi 2007, mutta Ruotsin valtioneuvosto antoi Sosiaalihuollukselle tehtävän alustaa kansallisen projektin, jonka tehtävänä oli kouluttaa Beardsleen perheinterventiomenetelmän hallitsevia työntekijöitä aikuispsykiatria- ja perusterveydenhuoltoon. Tehtävään kuului myös kouluttajien koulutus, joka mahdollisti menetelmän juurruttamisprosessin jatkumisen projektin

loputtua. Sosiaalhallitus antoi koulutustehtävän Västerbottenin maakäräjille, Skellefteån aikuispsykiatrian klinikan tehtäväksi. Koulutuspaikkoja oli yhteensä 14, Taulukosta 1. näkyvät koulutuspaikkojen jakautuminen eri aikuispsykiatrian toimipaikkojen välillä. Piteån aikuispsykiatria sai viisi koulutuspaikkaa ja Sunderbyn aikuispsykiatria sai seitsemän koulutuspaikkaa. Koulutusta tarjottiin myös Skellefteån sosiaalitoimistolle, joka sai kaksi aloituspaikkaa. (Renberg 2007, 6.)

Taulukko 1. Beardsleen koulutuspaikkojen jakautuminen.

Alueet	Beardsleen koulutuspaikat
Piteån aikuispsykiatria	5
Sunderby aikuispsykiatria <ul style="list-style-type: none"> • Boden 1 • Kalix 2 • Luulaja 4 	7
Skellefteån sosiaalitoimisto	2
Yhteensä	14

Sunderbyn aikuispsykiatria sai siis seitsemän koulutuspaikkaa Beardsleen perheinterventio koulutukseen, joka jakaantui seuraavasti eri toimipisteiden välillä: Luulaja-Bodenin toimipiste sai viisi, joista neljä täytettiin sekä Kalixin toimipiste sai kaksi koulutuspaikkaa kyseiseen koulutukseen, joista kumpikin täytettiin. Työnantajani kysyi halukkuuttani koulutukseen, jonka aloitin syksyllä 2006 ja valmistuin 2007. Koulutuksen aikana kaikille kiinnostuneille tarjottiin kouluttajakoulutusmahdollisuutta. Paikkoja kouluttajakoulutukseen oli yhteensä 11, joiden jakaantuminen alueittain näkyy Taulukosta 2.

Taulukko 2. Koulutuspaikat alueittain.

Alueittain	Beardsleen kouluttajakoulutuspaikat
Västernorrlandin aikuispsykiatria	4
Västerbottenin aikuispsykiatria	3
Norrbottenin aikuispsykiatria: <ul style="list-style-type: none"> • Luulaja 2 • Boden 1 • Kalix 1 	4
Yhteensä	11

Taulukossa 2. näkyvät koulutuspaikkojen jakaantuminen eri aikuispsykiatrioiden välillä. Tarkemmin katsottuna nämä alueet ovat vielä jakaantuneet pienimmiksi yksiköiksi, kuten Norrbottenin aikuispsykiatria. Tarkastelen lähemmin Norrbottenin aikuispsykiatrian koulutuspaikkojen jakaantumista, joka on oleellista tämän kehittämistehtävän osalta. Norrbottenin aikuispsykiatria sai neljä aloituspaikkaa, jotka jakaantuivat Luulajan, Bodenin ja Kalixin välillä seuraavasti. Luulaja sai kaksi, Boden yhden ja Kalix yhden kouluttajakoulutuspaikan.

Kouluttajakoulutuksen jälkeen kouluttajat kouluttivat oman organisaation työntekijöitä Beardsleen perheinterventiomenetelmään. Luulaja-Bodenin toimipisteiden työntekijät muodostivat yhden koulutusryhmän, johon osallistui alun perin kaksitoista koulutettavaa, joista neljä osallistujaa lopetti pian koulutuksen alettua. Toinen koulutusryhmä perustettiin Kalixin aikuispsykiatria, johon osallistui myös 12 työntekijää, joista kaksi eivät kuuluneet Sunderbyn aikuispsykiatria. Koulutusryhmät aloittivat keväällä 2008 ja osallistuvien olisi pitänyt valmistua suunnitelmien mukaan syksyllä 2009, mutta valmistuminen viivästyi työkiireiden ja harjoitteluperheiden puuttumisen johdosta. Ensimmäisestä koulutusryhmästä valmistui kahdeksan työntekijää ja toisesta koulutusryhmästä 11 työntekijää kevääseen 2010 mennessä.

Taulukko 3. Koulutusryhmät sekä valmistuneet vuosina 2008–2010.

	Osallistuneet	Valmistuneet
Koulutusryhmä 1	12	11
Koulutusryhmä 2	12	8

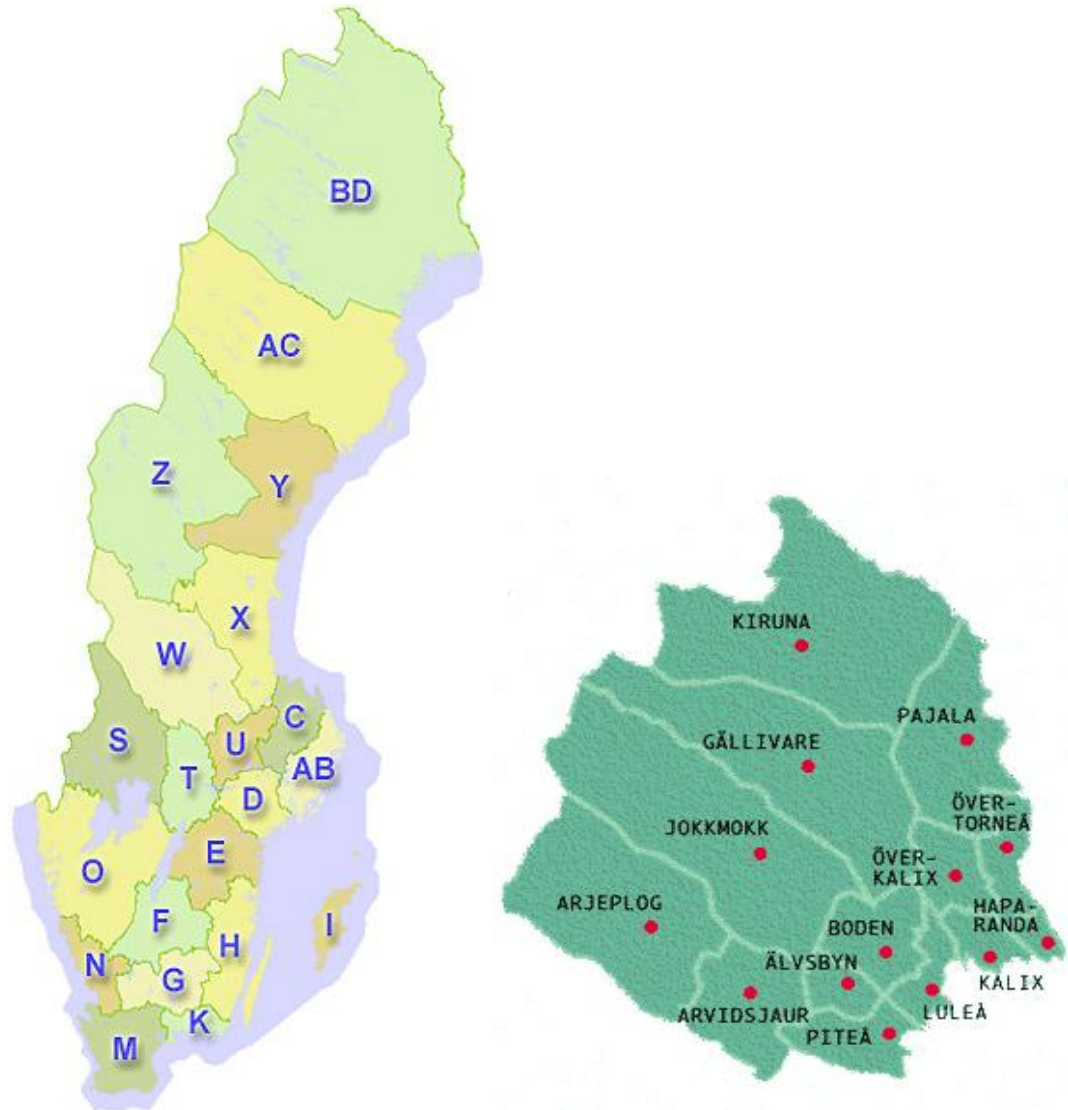
Taulukossa 3. on koottuna aloittaneet ja valmistuneet koulutettavat. Taulukosta ilmenee, että kummastakin koulutusryhmästä osallistuneiden ja valmistuneiden määrä eivät vastaa toisiaan. Osallistuneita kummastakin koulutusryhmästä oli yhteensä 24 koulutettavaa ja heistä 19 koulutettavaa valmistui. Kehittämistehtäväni kyselyssä ilmeni myös eri syitä siihen, miksi Beardsleen perheinterventiota ei ole toteutettu koulutuksen jälkeen. Eräs vastaajista kertoi, ettei hän ole käynyt koulutusta loppuun saakka, syitä koulutuksen lopettamiseen ei selvinnyt kyseisestä vastauksesta. Muista vastauksista nousi erinäisiä syitä siihen, miksi interventioita ei tehty koulutuksen aikana eikä sen jälkeen. Syyt olivat ajanpuute ja vastaajien mukaan muut koulutukset vaikeuttavat Beardsleen perheintervention käyttöä arkisessa työssä.

2.1 Tutkimustehtävät ja metodologiset valinnat

Kehittämistehtäväni toteutettiin kvalitatiivista tutkimusotetta käyttäen, koska tarkoitukseni oli saada syvällisempää tietoa kehittämistehtävästä, jolloin kehittämistehtäväni oli luonteelta kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Kehittämishankkeeni muotoutui kehittämistehtävän edetessä, jolloin jouduin olemaan joustava ja pystyvä muuttamaan kehittämistehtäväni suunnitelmaa olosuhteiden mukaisesti, jota Hirsijärvi & Remes & Sajavaara (2007, 155) peräänkuuluttavat kirjassaan. Kohdejoukko valittiin tarkoituksen mukaisesti, eikä satunnaisotoksen menetelmää käyttäen.

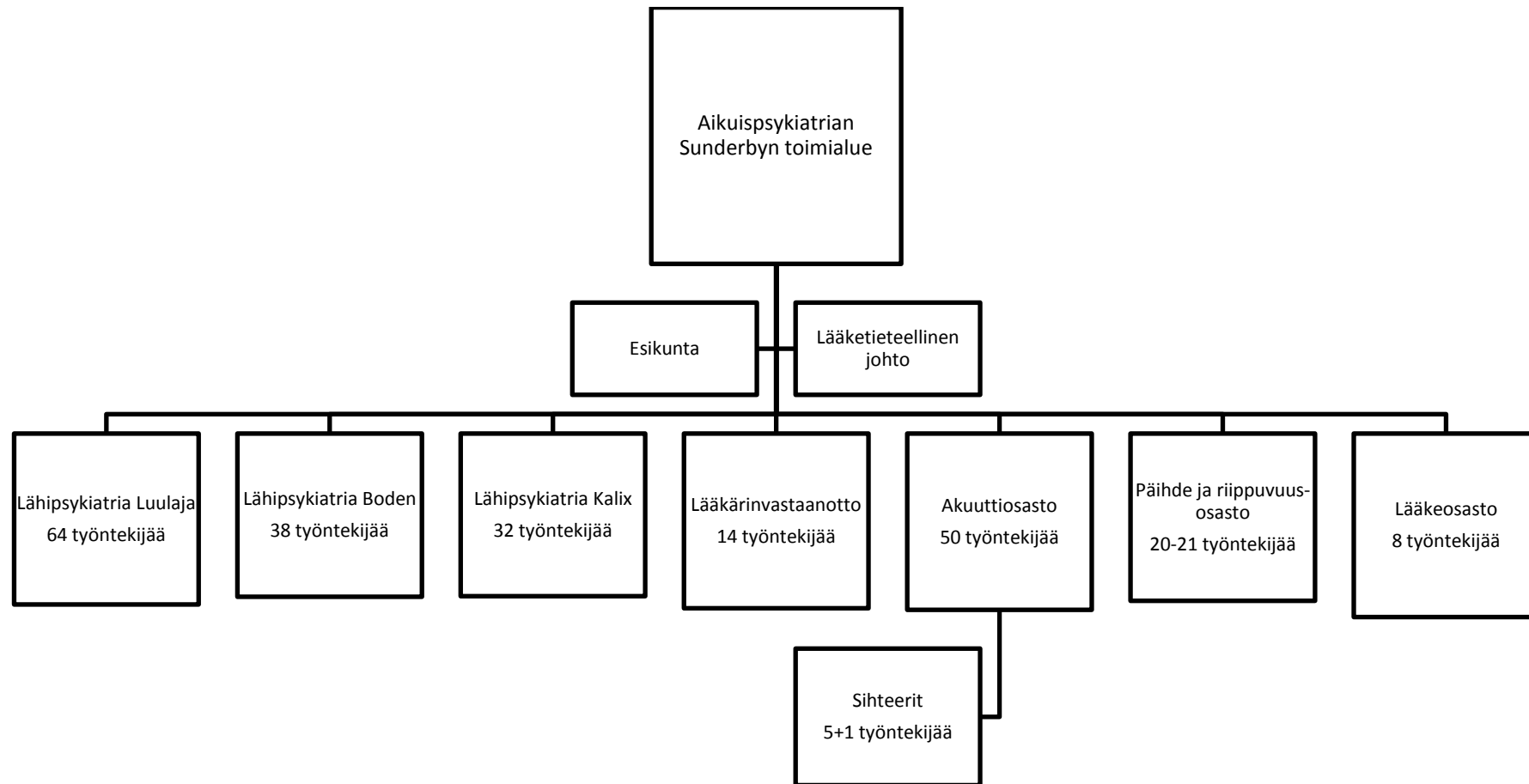
Kehittämishankkeeni tavoitteena oli selvittää, onko Beardsleen perheinterventiosta tullut arkipäiväinen työmenetelmä työntekijän näkökulmasta Sunderbyn aikuispsykiatrian toimialueella ja millaisia haasteita kohdattiin perheintervention arkipäiväistämisessä. Sunderbyn toimialue käsittää (Kuvio 1.) Luulajan, Bodenin, Överkalixin, Kalixin, Övertorneån ja Haaparannan toimipisteet. Kehittämistehtäväni teoreettisen käsitejärjestelmän muodostivat interventio, implementaatio, juurruttaminen, ennaltaehkäisy ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Käsitejärjestelmän määritelmiä tarvitaan Tutki ja kirjoita kirjan (Hirsijärvi ym. 2007, 143) mukaan, koska määritelmät

rajaavat ja täsmentävät käsitteitä. Määritelmät antavat käsitteille merkityksen ja luovat normit käsitteiden käytölle. Määritelmät myös sitovat käsitteet yhteen ja antavat niille nimitykset eli termit. Kuviossa 1. Ruotsin kartta, jossa BD:llä merkittynä Norrbottenin lääni ja pienemmässä kartassa Sunderbyn toimialueet: Kalix, Luleå, Boden, Haparanda ja Övertorneå sekä Övertorneå ja Övertorneå.



Kuvio 1. Ruotsin kartta ja lähipsykiatriin toimipisteet.

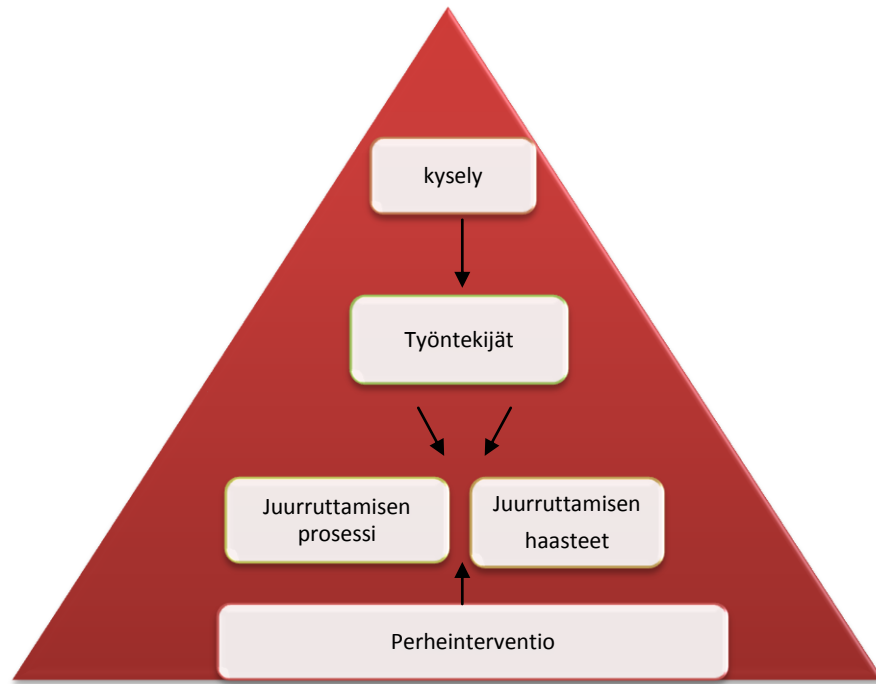
Kuviossa 1. ovat Sunderbyn aikuispsykiatriin toimipisteet. Sunderbyn sairaala, jossa aikuispsykiatrian hallinto sijaitsee on 15 km Luulajasta kohti Boden. Kuviossa 2. on Sunderbyn aikuispsykiatrian toimialueen organisaatiokaavio, josta näkyvät jokaisen toimialueen työskentelevien työntekijöiden määrä.



Kuvio 2. Sunderbyn aikuispsykiatrian organisaatorakenne.

Kuviossa 2. on Sunderbyn aikuispsykiatrian organisaatio. Esikunnan (divisionsstab) jaoston tehtävänä on strategisen toimintasuunnitelman laatiminen sekä henkilöstöön ja taloudenhoitoon liittyvät kysymykset. Esikunnan jaoston tehtävänä on myös tiedottamiseen ja palveluun liittyvät tehtävät. Näistä työtehtävistä vastaa toimialajohtaja tukenaan 9 työntekijää. Lääketieteellinen johto vastaa lääkkeellisistä kysymyksistä ja lääkäreiden johtamisesta sekä siihen liittyvistä toiminnoista. Organisaatiokaavassa näkyvät myös kolme lähipsykiatriaa Luulajassa, Bodenissa ja Kalixissa, joissa on yhteensä 134 työntekijää. Lähipsykiatrioita johtavat osastonhoitajat (Luulajassa 2), joita on neljä. Lääkärinvastaanotto on keskitetty omana osastonaan Sunderbyn sairaalaan, joka koostuu 14 työntekijästä. Akuuttipsykiatria vastaa laitoshoidon tarpeessa olevien hoidosta ja siellä työskentelee 50 työntekijää sekä osastolla on noin 23 vuodepaikkaa. Päihde- ja riippuvuusosastolla työskentelee noin 20 työntekijää sekä lääkeosastolla kahdeksan työntekijää. Näistä Beardsleen perheinterventioita toteutetaan kolmessa lähipsykiatriassa eli Luulajassa, Bodenissa ja Kalixin aikuispsykiatriassa.

Kuviossa 3. on kuvattuna kehittämistehtäväni tutkimusasetelma. Juurruttamisprosessia ja sen haasteita lähdin selvittämään kyselyn avulla. Lähetin kyselyn Sunderbyn aikuispsykiatrian henkilökunnalle, jotka olivat käyneet Beardsleen perheinterventiokoulutuksen. Kyselyllä selvitin Beardsleen perheinterventioprosessia työntekijöiden kokemana. Teemaksi nousivat juurruttamisen haasteet ja menetelmän arkipäiväistämisen prosessi.



Kuvio 3. Kehittämistehtäväni tutkimusasetelma.

Kehittämistehtäväni tutkimusasetelmasta nousi kaksi oleellisimmin osa-aluetta, joita lähdin kyselyn avulla selvittämään. Kyselylomakkeessa käytin avoimia- ja monivalintakysymyksiä jotta sain varsin kattavan tuotoksen vastaajilta.

Kehittämistehtävästä:

- 1 Onko Beardsleen perheinterventiosta ja Lapset puheeksi-menetelmästä tullut arkipäiväinen työmenetelmä Sunderbyn aikuispsykiatrian toimialueella koulutuksen saaneiden keskuudessa?
- 2 Millaisia haasteita kohdataan Beardsleen perheintervention ja Lapset puheeksi-menetelmien arkipäiväistämisen prosessissa ja miten niihin voidaan vastata?

2.2 Kohdejoukko

Kehittämistehtäväni kohdejoukko valittiin harkinnanvaraisesti, koska henkilöt, joilta tietoa keräsin, olivat osallistuneet koulutukseen. Tuomi & Sarajärven (2009, 85–86) mukaan on luonnollista kerätä tietoa henkilöiltä, joilla on kokemuksellista ja teoreettista tietoa tutkittavasta problematiikasta. Tämän hankkeen kohderyhmänä olivat Sunderbyn

aikuispsykiatrian toimialueella olevat työntekijät, jotka ovat käyneet Beardsleen perheinterventio koulutuksen, johon sisältyi Lapset puheeksi-menetelmäkoulutus. Hankkeeni hyödynsääjia ovat mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien alaikäiset lapset.

2.3 Tiedonhakustrategia

Kehittämistehtäväni aineisto kerättiin kyselylomakkeella Webropolohjelmaa käyttäen keväällä 2010. Vähäisen vastausprosentin johdosta lähetin kyselyn uudelleen kaksi kertaa. Uusintakyselyn toistamiseen jouduin turvautumaan teknisten ongelmien vuoksi, ongelmat sijoittuivat kyselyn aukaisuvaiheeseen. Kyselylomakkeessa (Liite 1.) on avoimia- ja monivalintakysymyksiä, joiden avulla oli tarkoitus saada esiin näkökulmia, joita en osannut etukäteen ajatella. Hirsijärvi (2007, 188) kirjoittaa kirjassaan, että avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin ja avoimet kysymykset osoittavat vastaajien tietämyksen kysytystä aiheesta sekä osoittaa, mikä on keskeistä vastaajien mielestä. Monivalintakysymykset sallivat vastaajien vastata samaan kysymykseen niin, että vastauksia voidaan verrata keskenään sekä auttaa vastaajaa tunnistamaan asian, jolloin vastaaminen on helpompaa.

Kehittämistehtäväni aineisto analysoitiin laadullisen analyysin mukaan, jossa sisällönanalyysiä voidaan pitää yksittäisenä tai myös väljänä teoreettisena kehyksenä erilaisissa analyysikokonaisuuksissa. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 91–92) väittävät, että laadullisten tutkimusten analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällönanalyysiin. Tämän perusteella sisällönanalyysiä ei voida nähdä pelkästään laadullisen tutkimuksen analyysitapana, vaan sitä voidaan käyttää myös määrällisissä tutkimuksissa.

Kehittämistehtävässäni aineiston analysoin sisällönanalyysin väljästä teoreettisesta kehyksestä. Ensiksi valitsin tarkkaan rajatut asiat, jotka koodasin ja luokittelin omiksi teemoikseen. Näin sain selville, mitä kustakin teemasta oli kirjoitettu sekä mahdollisti vertailu eri teemojen esiintymisestä aineistossa. Tällä analyysitavalla sain kehittämistehtäväni tulokset tiivistetyssä ja yleisessä muodossa eli induktiivisesti Tuomen ja Sarajärven (2009, 95, 103, 108) kirjan mukaan. Induktiivisen aineiston analyysi luokitellaan vielä kolmeen eri osaan: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen,

2) aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen.

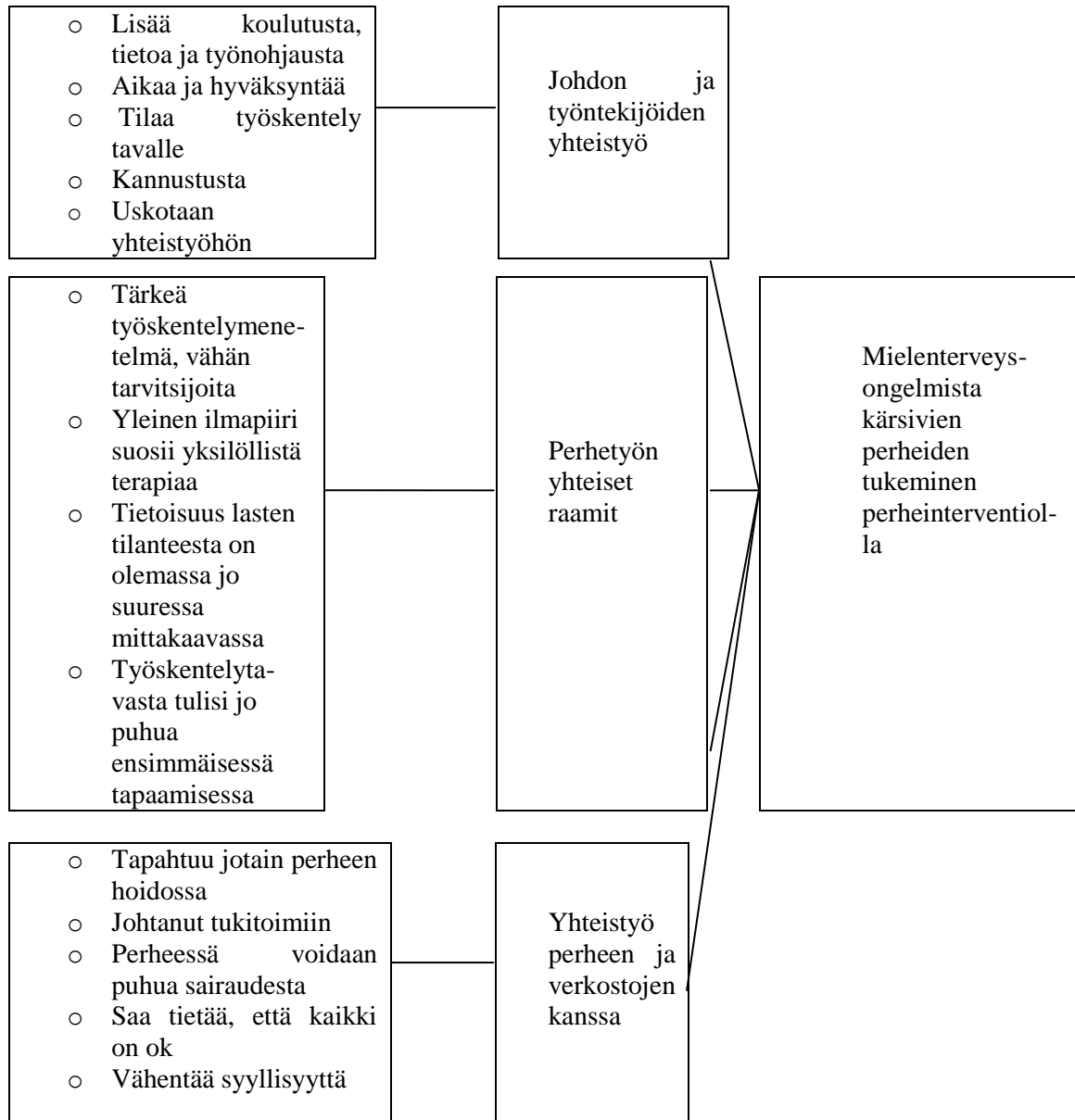
Kuviossa 4. olen esittänyt kuvion tulosten perusteella, joista muodostin kategoriat: alakategorian, yläkategorian sekä yhdistävän yläkategorian. Alakategoriaan on poimittu keskeisimmät vastaukset, jotka yhdistyvät kolmeksi eri yläkategoriaksi. Nämä kolme yläkategoriaa yhdistyivät yhdeksi yhdistäväksi kategoriaksi, josta muodostui käsite mielenterveysongelmista kärsivien perheiden tukeminen perheinterventiolla.

ALAKATEGORIA: YLÄKATEGORIA: YHDISTÄVÄKATEGORIA:

Kokemukset

Yhteistyö

Interventio



Kuvio 4. Beardsleen perheintervention juurruttamisen sisällönanalyysin kategoriat.

Kuviossa 4. on havainnollistettu kyselylomakkeesta esiin nousseita teemoja, joita vastaajat olivat nähneet tärkeiksi perheintervention juurruttamisen prosessissa. Ylemmän johdon ja lähiesimiehen rooli oli merkittävä perheintervention vakiintumisessa arkipäiväiseksi työmenetelmäksi. Taulukosta näkyy, mitä pitää tehdä, jotta he kykenevät työskentelemään menetelmän parissa. Kiinnostavaa oli, että osa

vastaajasta koki lasten tilanteen hyvänä; ehkä heillä oli jo yhteiset raamit perhetyön kohdalla. Kuviosta näkyy myös perheiden positiivinen suhtautumistapa ja kokemus interventiosta sekä yhteistyöstä muiden tahojen kanssa. Näin ollen yhteistyö perheen ja verkoston kanssa on tärkeätä, jotta perheet saavat tarvitsemansa avun ja tuen.

3 BEARDSLEEN PERHEINTERVENTION KEHITYS JA SIIHEN LIITTYVÄT PROJEKTIT JATUTKIMUKSET

Beardslee ja Podofresky (1988) ovat tutkineet lasten kokemuksia vanhemman sairaudesta ja lasten suhtautumista siihen. Beardslee ja Podofresky tarkastelivat myös samaisessa tutkimuksessa, mitkä tekijät auttoivat lasta selviytymään, kun vanhempi sairastui. Tulosten mukaan lapset, jotka selviytyivät hyvin vanhemman psyykkisestä sairaudesta, olivat aktiivisia perheen ulkopuolella. Heillä oli itseymmärrys vanhemman sairautta kohtaan. He olivat myös tehneet oikean arvion vanhemman tilanteesta, joka lisäsi ymmärrystä siitä, että vanhemman tulkinnat eri asioista olivat vääristyneitä ja ne johtuivat heidän omista ongelmistaan. Lapsilla oli myös realistiset arviot omista toimintamahdollisuuksistaan ja oman toiminnan seuraamuksistaan. Näiden tulosten perusteella alkoi perheintervention kehitys. Perheintervention tarkoituksena oli ehkäistä lasten psyykkistä sairastumista. Interventio kohdistettiin tutkimustulosten mukaan tukemaan lasten itseymmärrystä, itsenäisyyttä ja perheen keskinäistä ymmärrystä vanhemman depressiosta. (Solantaus & Beardslee 2001, 123.)

Beardslee tutki intervention vaikuttavuutta tutkimuksissaan (Taulukko 4. s. 30) ja niiden tulosten mukaan interventio todettiin tieteellisesti hyväksi ja turvalliseksi työmenetelmäksi heti ensimmäisestä tutkimuksesta lähtien psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten auttamiseksi. Beardsleen on tehnyt myös mittavan työn intervention arkipäiväistämiseksi niin Yhdysvalloissa kuin Skandinaviassakin yhteistyössä muun muassa Solantauksen kanssa. (Beardslee & Hoke & Wheelock & Rothberg & Velde & Swatling 1992, 1335-1340; Beardslee 1998, 530-531; Beardslee 2008, Open day in Skellefteå, Sweden.)

3.1 Yhdysvaltojen keskeisemmät kehitysvaiheet

Beardslee ja Podofresky (1988, 63–69) tutkivat lasten sairastavuutta psyykkisiin häiriöihin ja totesivat tutkimuksessaan, että affektihäiriöisten vanhempien lapsilla oli suurentunut riski sairastua psyykkisesti. Lisäksi sairastuvuuteen vaikuttivat taloudelliset vaikeudet, työttömyys, vanhempien ristiriidat ja avioero sekä somaattiset sairaudet. Affektiivinen häiriö (mielialahäiriö) voi aiheuttaa vanhemman kyvyttömyyden hoitaa arkipäiväisiä asioita, joka voi luoda turvattomuutta lapsen elämään. Arkipäivän

hajoaminen kotona aiheuttaa pelkoa, jolloin useat lapset ottavat vanhempien roolin: he alkavat huolehtia kodista ja vanhemmistaan. Tutkimuksessa lapset kuvasivat tilannetta, jossa vanhemman käytös muuttui hämmentäväksi ja pelottavaksi. Lapset raportoivat olonsa neuvottomiksi ja avuttomiksi sekä he olivat vihaisia ja turhautuneita, kun he eivät tienneet, mistä oikein oli kysymys. Samaisessa tutkimuksessa lasten selviytymiseen vaikutti lasten kyky itseymmärrykseen, joka jakautui kolmeen eri osa-alueeseen: 1) oikea arvio vanhemman tilanteesta eli lapsi ymmärtää, että vanhempi on sairas, 2) realistinen arvio omista toimintamahdollisuuksistaan ja oman toiminnan seurauksista, 3) lapset ymmärsivät, ettei sairaus ole heidän vikansa tai etteivät he olisi vastuussa vanhemman sairaudesta, 4) kodin ulkopuolinen toiminta, lapset eivät sulkeutuneet kotiin. Näiden tietojen pohjalta siirryttiin tutkimusprosessissa seuraavalle tasolle: alettiin kehittämään perheinterventiota. Tavoitteena oli, että perheinterventio ehkäisee lasten sairastumista psyykkisiin häiriöihin sekä tukee lasten itseymmärrystä ja itsenäisyyttä. Lisäksi tavoitteena oli perheen keskinäisen ymmärryksen lisääminen vanhemman depressiosta. (Beardslee ym. 1988, 63–69; Ks. Lapsi näkökulman kehitys ja nykytilanne aikuispsykiatriassa.) Samanlaisia tuloksia sain omassa kehittämishankkeessani selvittäessäni, onko Beardsleen perheinterventiolla ollut vaikuttavuutta perheelle.

Beardsleen kiinnostus pitkäaikaisessa tutkimuksessa keskittyi lasten kehitykseen. Erityisesti Beardsleen kiinnostus kohdistui lapsiin, joilla oli riski sairastua vanhemman mielisairauden seurauksena (Taulukko 4. s. 30) ja kohdisti huomion itseymmärrykseen, joka auttoi yksilöä kestämään vastoinkäymisiä. Kymmenen vuoden pitkäaikaistutkimus kertoi intervention turvallisuudesta ja käyttökelpoisuudesta sekä sen positiiviset vaikutukset ovat olleet pysyviä seurantatutkimuksissa. Menetelmä luokiteltiin turvalliseksi ja käyttökelpoiseksi vuonna 2006 National Registry of Effective Programs (SAMHSA), jota kautta menetelmä sai julkisuutta ja levisi laajoille alueille Suomessa, Norjassa sekä Costa Ricassa. (Beardslee, 2010.)

3.2 Perheintervention keskeisemmät kehitysvaiheet Suomessa

Solantaus tutustui Judge Baeker Children's Centerissä Yhdysvalloissa Lasten Preventive Intervention Projektiin, missä professori Beardslee toimi projektin johtajana Solantauksen ”post-doctoral” vuoden aikanaan. Solantaus (2001, 120) toteaa kirjassaan,

että sama pätee myös Suomessa, mitä Beardslee on todennut Yhdysvalloissa: psyykkisten sairaiden vanhempien lasten riskistä sairastua psyykkisesti sekä tämän lapsiryhmän haavoittuvuudesta, jota ei ole aiemmin ymmärretty, eikä täten huomioitu. Lisäksi Solantaus yhtyy Beardsleen ilmauksessa siihen, että vanhemman mahdollisesti saama hoito ei takaa sitä, että lasten tilanne arvioitaisiin vanhemman hoidon yhteydessä. Kehittämishankkeessani sain vastaavanlaisia tuloksia kartoittaessani työskentelyä Beardsleen perheintervention parissa. Vastaajien mukaan lasten tilanne on huomioitu, mutta se ei ole systemaattista, joten heidän mukaansa lasten tilanne tulisi tarkistaa jo 1. keskustelussa vanhemman kanssa.

Suomessa havahduttiin psyykkisesti sairaiden lasten tilanteeseen 2000-luvun vaihteessa. Tätä ennen tehtävä työ lasten kanssa oli sattumanvaraista ja työtä tehtiin joidenkin yksittäisten henkilöiden ja työryhmien varassa kirjoittaa Solantaus (2001,19) kirjassaan. Lapset huomioitiin erilaisten tutkimustulosten vuoksi, jotka todistivat, että psyykkisesti sairaiden vanhempien lapsilla oli suuri vaara sairastua psyykkisiin häiriöihin lapsuudessa sekä myöhemmällä iällä. Samoihin aikoihin käynnistettiin (Ks. Taulukko 5, s. 31) Lapsi omaisena-projekti (1998–2001), jonka tarkoituksena oli nostaa esiin lapsen kokemus ja näkökulma vanhemman psyykkiseen sairauteen ja etsiä keinoja, miten näitä lapsia ja vanhempia voidaan auttaa. (Inkinen 2001, 7.)

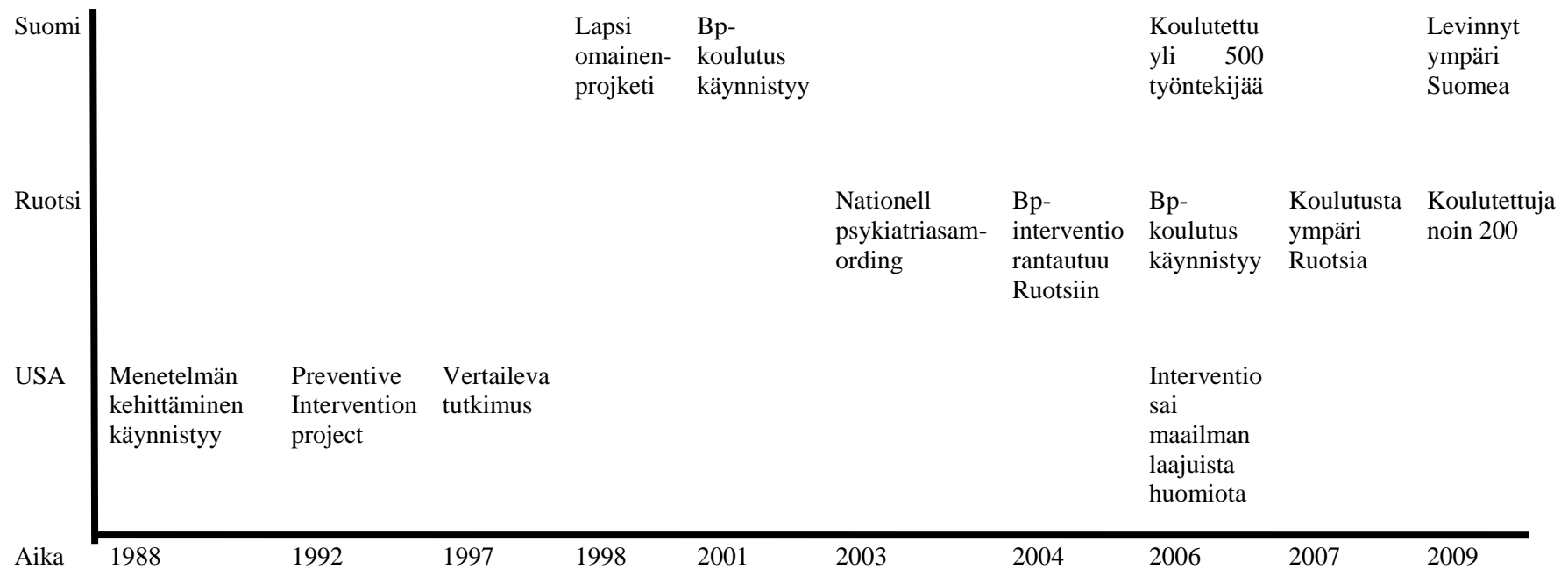
STAKES eli nykyinen Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos käynnisti (Taulukko 4. s. 29) vuonna 2001–2015 Toimiva lapsi & perhe-hankkeen, jonka tarkoituksena on kehittää terveydenhuoltoon työmenetelmiä, joiden avulla tuetaan perheitä ja ennaltaehkäistään lasten häiriöitä, kun vanhemmalla on mielialahäiriö. Hankkeen kehittämispäällikkönä toimii professori Tytti Solantaus. (Solantaus 2007,1-3.)

Toimiva lapsi & perhe-hankkeen osaprojektissa yhdeksi työmenetelmäksi valittiin William Beardsleen perheinterventio, johon perusterveydenhuollon ja erikoispsykiatrian henkilökunta koulutettiin viisivuotisen (2001–2006) projektin aikana. Tänä aikana koulutettiin 500 työntekijää sekä 50 kouluttajaa eri puolilta Suomea. (Alasuutari & Solantaus 2004, 23; Solantaus & Toikka 2006, 28.) Yhdeksän vuoden aikana perheinterventio levisi ympäri Suomea Toimiva lapsi & perhe-projektin myötä. Kunnat, jotka olivat mukana Toimiva lapsi & perhe-hankkeessa vuonna 2010, olivat Imatra, Rovaniemi, Kittilä, Kolari ja Sodankylä. Hankkeen piiriin liittyy lisää yhteistyökuntia vuonna 2011–2015. (Solantaus 2010.)

3.3 Keskeisemmät kehitysvaiheet Ruotsissa

Ruotsin hallitus totesi (Kuvio 5. s.25) vuonna 2003, että psykiatrisessa hoidossa on edelleen puutteita ja kutsui tämän johdosta Kansallisen psykiatrian (Nationell psykiatrisamordning) kokoamaan tehtävään asiantuntijoita, selvittämään psyykkisesti sairaiden ja toimintarajoitteisten hoidon, sosiaalihuollon ja kuntoutuksen alueet. Työryhmän tavoitteena oli kartoittaa työmenetelmiä, yhteistyötä, resursseja, henkilökuntaa ja heidän tietotaitoaan terveydenhuollossa, sosiaalihuollossa sekä kuntoutuksessa. Tässä yhteydessä keskityttiin vain yhteen osa alueeseen, jossa kartoitus koski vain niitä, jotka työskentelivät psyykkisesti sairaiden vanhempien kanssa. Työryhmä lähetti kyselyn psykiatrisille klinikoille vuonna 2006 (N=97) koskien sitä, onko heillä rutiineja siihen, miten heidän pitäisi lähestyä psyykkisesti sairaita vanhempia. Tulosten mukaan noin puolella oli valmiit rutiinit kohdata psyykkisesti sairaita vanhempia sekä puolella klinikoista löytyi rutiinit liittyen vanhemman itsemurhaan. Melkein 90 % klinikoista vastasi, että heiltä puuttui tarvittava tuki psyykkisesti sairaiden vanhempien lapsille. (Regeringskansliet 2006, 6-7; Renberg 2007, 6-7, 34.)

Osana Kansallisen psykiatrian yhtenäistämishankkeen kehittämisohjelmaa kunnille ja maakäräjille jaettiin 700 miljoonaa kruunua kehittämisvaroja vuosille 2005–2006. Kansallisen psykiatrian yhdistämishankkeen kehittämisohjelman (Ks. Taulukko 5.) 2005–2007 aikana koulutettiin valikoitunut joukko Beardsleen perheinterventio menetelmään. Syksyllä 2006–2007 (Ks. Taulukko 5.) Västerbottenin maakäräjät saivat kehittämisvaroja, joilla Beardsleen perheintervention juurruttaminen käynnistettiin. Syksyllä 2008 hallitus myönsi vielä 5 miljoonaa kruunua lisää Kansallisen psykiatrian yhtenäistämishankkeelle (Ks. Taulukko 5.) Beardsleen perheinterventio-projektille. Projektiaika oli lokakuusta 2008 vuoteen 2010, jonka aikana maakäräjät ja sosiaalihuolto kouluttivat henkilökuntaansa Beardsleen perheinterventiomenetelmään sekä kouluttivat Beardsleen perheinterventiokouluttajia. Koulutettujen tehtävänä oli jatkaa koulutusta maakäräjien sisällä, jotta uuden työmenetelmän juurruttaminen arkipäiväiseksi työmenetelmäksi jatkuisi organisaatiossa myös projektin loputtua. (Renberg 2007, 6-7; Socialstyrelsen 2008.) Kuvioon 5. olen koonnut keskeisemmät kehitysvaiheet Beardsleen perheintervention kehityksestä USA:ssa, Suomessa ja Ruotsissa. Kuvioon olen koonnut myös Beardsleen perheinterventioon koulutetut työntekijät sekä Suomessa että Ruotsissa.



Kuvio 5. Beardsleen perheintervention kehitys USA:ssa, Suomessa sekä Ruotsissa.

Kuviossa 5. näkyy konkreettisesti se, kuinka nopeasti Beardsleen perheinterventio on levinnyt Suomessa ja Ruotsissa. Koulutettujen määrä on huomattavan suuri, sillä yhteensä 2001–2009 välisenä aikana koulutettiin 700 työntekijää Beardsleen perheinterventioon.

3.4 Keskeisiä perheinterventiota koskevia tutkimuksia USA:ssa ja Skandinaviassa

Beardslee & Hoke & Wheelock & Rotberg & Velde & Swatling (1992, 1335–1340) tutkimuksen (Taulukko 4. s.29) tarkoituksena oli kehittää kliinikkopohjainen interventio vanhemmille, joilla oli affektiivinen mielialahäiriö. Intervention tuli olla ennaltaehkäisevä työmenetelmä, johon sisältyi psykoedukatiivinen eli koulutuksellinen osio vanhemmille. Psykoedukatiivisen osion tarkoituksena oli vanhempien informoiminen affektiivisesta sairaudesta. Kliinikkopohjaisessa interventiossa lapset tavattiin erikseen ilman vanhempia ja lopuksi järjestettiin perhetapaaminen, jossa kaikki osallistuneet perheenjäsenet keskustelivat yhdessä kliinikoiden avustuksella. Intervention tuli olla yleisesti soveltuva ja käyttökelpoinen sekä turvallinen työskentelymenetelmä perheiden parissa. Intervention tavoitteena oli lisätä ymmärrystä perheen sisällä ja tietoa affektiivisesta sairaudesta ja vähentää lasten sairastumista mielenterveyden häiriöihin. Vanhemmat (N=14) haastateltiin puoliavoimia kysymyksiä käyttäen. Vanhemmat raportoivat olevansa tyytyväisiä interventioon eikä heidän mielestä interventiolla ollut haitallisia vaikutuksia. Neljästätoista vanhemmasta kymmenen kertoivat käyttäytymisen sekä asenteiden positiivisista muutoksista perheen sisällä, jonka he kokivat intervention ansioiksi. Vanhemmat raportoivat ymmärryksen lisääntymisestä affektiivista sairautta kohtaan.

Perheiden kokemuksia tutkittiin vastaavanlaisesti ruotsalaisessa tutkimuksessa (Taulukko 4.), joiden mukaan tutkimustulokset olivat samansuuntaisia kuin USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistui 119 vanhempaa ja 89 lasta, jotka vastasivat puoliavoimiin kysymyksiin. Tutkimus osoitti, että perheinterventio oli turvallinen ja toteuttamiskelpoinen työskentelymenetelmä myös Ruotsissa. Tutkimus osoitti myös, että sillä oli positiivisia vaikutuksia myös muissa mielialahäiriöissä. (Pihkala & Cederström & Sandlund 2010, 29.)

Beardslee ym. 1997 tutkivat kliinikkopohjaisen ja luentopohjaisen intervention eroavuuksia (Taulukko 4.). Tutkimukseen osallistui kolmekymmentäkuusi perhettä,

joista ainakin toisella vanhemmalla oli vakava masennus. Perheistä 18 osallistui kliinikkopohjaiseen interventioon ja toiset 18 perhettä osallistuivat luentopohjaiseen interventioon. Sattumanvaraisesti valituilla perheillä tuli olla yksi 8-15-vuotias lapsi, joka ei ollut psykiatrisessa hoidossa intervention aikana psykiatrisen syyn vuoksi. Perheet arvioitiin ennen interventiota sekä 1½-vuotta intervention jälkeen. (Beardslee & Wright & Salt & Drezner & Gladstone & Versage & Rothberg 1997, 197–198.)

Kliinikkopohjainen interventio koostui 6-10 istunnosta, johon sisältyivät vanhempien tapaaminen, perhetapaaminen ja erilliset tapaamiset jokaisen lapsen kanssa. Kuusi kuukautta perhetapaamisen jälkeen vanhempia tavattiin ilman lapsia viimeisen kerran. Luentopohjaiseen interventioon sisältyi kaksi yhden tunnin mittaista standardisoitua luentoa. Luentotilaisuudessa vanhemmilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja osallistua ryhmäkeskusteluun. Lapset eivät osallistuneet luentopohjaiseen interventioon. Luennoilla vanhempia rohkaistiin yhteydenottoon luennoitsijoihin tai projektityöntekijöihin ja näin teki 30 % vanhemmista. Huomioitavaa on, että molemmille ryhmille annettiin sama kirjallinen aineisto masennuksesta. (Beardslee ym. 1997, 198.)

Ensimmäisessä seurannassa ilmeni, että molemmat ryhmät olivat tyytyväisiä interventioihin ja kokivat saaneensa apua. Molemmissa ryhmissä raportoitiin myös tiedon lisääntymisestä. Mitään haittaa interventioista ei todettu kummassakaan ryhmässä, eikä interventio ollut lisännyt osallistujien huolia. Kliinikkopohjaisessa interventiossa osallistujat raportoivat huomattavasti enemmän käyttäytymis- ja asennemuutoksista sekä kliinikkoryhmässä vanhempien syyllisyydentunne väheni huomattavasti enemmän kuin luentoryhmässä. Merkille pantavaa oli, että kliinikkoryhmässä vanhempien ymmärrys lasten kokemuksista lisääntyivät huomattavasti. Myös kliinikkoryhmän lapset raportoivat, että heidän tietoisuutensa vanhemman sairaudesta lisääntyivät, itsesyytökset ja häpeän tunteet vähentyivät sekä lapset osasivat yhdistää vanhemman epäjohtonmukaisen käytöksen sairauteen. (Beardslee ym. 1997, 201–203.)

Toinen kliinikkopohjaisen ja luentopohjaisen interventioiden tutkimus valmistui 2003 (Taulukko 4.), johon osallistui 93 perhettä ja 121 lasta. Tutkimuksen mukaan kliinikkopohjainen interventio oli suotuisampi kuin luentopohjainen interventio, sillä tulosten mukaan kliinikkopohjainen interventio vaikutti positiivisemmin vanhemman ja

lapsen väliseen suhteeseen. Lasten käyttäytyminen ja asenteet muuttuivat positiivisemmaksi ja lasten ymmärrys ja tietoisuus vanhemman sairautta kohtaan lisääntyivät kliinikkopohjaisessa interventiossa. Lapsilla, jotka osallistuivat kliinikkopohjaiseen interventioon, psyykkinen oireilu väheni vuoden sekä 2½ vuoden jälkeisessä seurannassa. Myös luentopohjaisessa interventiossa vanhemmat raportoivat käyttäytymisen sekä asenteiden muutoksista positiivisempaan suuntaan sekä ymmärryksen lisääntymisestä vanhemman sairautta kohtaan, mutta muutokset eivät olleet niin huomattavia kuin kliinikkopohjaisessa interventiossa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kummallakin interventiolla oli positiivisia vaikutuksia perheen hyvinvointiin. (Beardslee & Gladstone & Wright & Cooper 2003, 119–120.)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa (Taulukko 4.) oli samoja piirteitä kuin Beardslee ym. 1997 saivat vertailevasta tutkimuksestaan kliinikkopohjaisesta ja luentopohjaisesta interventiosta. Suomalaistutkimuksessa luentopohjaista interventiota voidaan kutsua Lapset puheeksi-menetelmäksi, jossa lapsia ei tavata henkilökohtaisesti, vaan tieto lasten voinnista ym. saadaan vanhempien välityksellä. Lisää tietoa Lapset puheeksi-menetelmästä löytyy kappaleesta neljä. Tutkimus tehtiin vanhemmille, jotka kärsivät masennuksesta ja joilla oli alaikäisiä lapsia. Tulokseksi saatiin, että molemmat menetelmät niin Lapset puheeksi-menetelmä kuin Beardsleen perheinterventio ovat turvallisia. Vanhemmat kokivat perheinterventiot positiivisina. Vanhempien mielestä positiivisia vaikutuksia olivat sairauden puheeksiottaminen, syyllisyys ja häpeän tunteiden väheneminen intervention vaikutuksesta sekä myös huoli lapsesta väheni. Vanhemmat raportoivat myös sekä omansa että lastensa hyvinvoinnin lisääntyvän intervention vuoksi. Tutkimustuloksissa todettiin, että kumpikin työskentelymenetelmä oli turvallinen, käyttökelpoinen menetelmä, joilla saatiin positiivisia vaikutuksia perheen hyvinvointiin. (Solantaus & Toikka & Alasuutari & Beardslee & Paavonen 2009, 29–38.) Esimerkiksi yksi vastaajista realisoi intervention positiiviset vaikutukset:

”Minskar skuld och ökat vuxenansvar. Barnen avlastas.”

Omassa kehittämishankkeessani perheet raportoivat klinikoille, että heidän syyllisyytensä väheni sekä vanhemmuuden vastuu lisääntyi intervention aikana. Myös lapset hyötyivät interventiosta, sillä interventio vähensi lasten tuntemaa vastuuta

vanhemman sairaudesta. Nämä tulokset tukevat kliinikkopohjaisen intervention tuloksellisuutta myös omassa kehittämistehtävässäni, jonka Solataus ym. (2009, 29–38) suomalaisessa tutkimuksessaan raportoivat.

Focht ja Beardsleen (1996, 407) tutkimusartikkeli todisteli ja vakuutteli (Taulukko 4.), miksi oli käytännöllistä integroida psykoedukaatio eli koulutuksellinen, tutkimuksellinen sekä ennaltaehkäisevä työskentelytapa narratiivisen eli tarinalliseen muotoon. Narratiivisuudella pyrittiin vuoropuheluun perheenjäsenten kesken sekä luotiin ymmärrystä affektiivisesta häiriöstä eli mielialahäiriöstä. Artikkelissa kuvattiin kahden perheen osallistumista perheinterventioon alusta loppuun saakka.

Vastaavasti ruotsalaisessa tutkimuksessa menttiin vielä syvemmälle ja kartoitettiin vuoropuheluun liittyviä pelkoja ja herkkiä alueita, jotka koskivat vanhemman sairautta ja heidän lapsiaan. Tutkimustulos osoitti (Taulukko 4.), että lasten puheeksi ottaminen oli erittäin herkkä aihe mielenterveydestä kärsivälle vanhemmalle. Vuoropuheluun liittyviä aiheita, kuten pelko ja häpeä nousivat voimakkaasti esille silloin, kun interventiosta puhuttiin. (Pihkala & Johansson 2008, 9.) Saman totesin myös omassa kehittämishankkeessani, sillä vastaajat kertoivat vaikeuksistaan saada koulutusperheitä ja tämän johdosta koulutuksesta valmistuminen viivästyi. Taulukossa 4. eritellään keskeisempiä tutkimustuloksia USA:ssa ja Skandinaviassa, jotka koskettavat Beardsleen perheinterventiota.

Taulukko 4. Keskeiset tutkimukset Beardslee perheinterventiosta USA:ssa vuosina 1992- 2010 ja Skandinaviassa.

Tutkimukset USA:ssa	Keskeiset tutkimustulokset ja johtopäätökset
Beardslee & Hoke & Wheelock & Rothberg & Velde & Swatling 1992. Initial finding on preventive intervention for families with parental affective disorder.	Vanhemmat raportoivat olevansa tyytyväisiä interventioon eivätkä raportoineet interventiosta olevan haittaa perheelle. Kymmenen vanhempaa neljästätoista raportoivat käyttäytymis- ja asenne muutoksista. Interventio lisäsi tietoa ja ymmärrystä sairaudesta.
Focht & Beardslee 1996.”Speech After Long Silence:The Use of Narrative Therapy in a Preventive Intervention for	Osoittaa, miksi narratiivinen lähestymistapa on tärkeä perhetyössä ja kuinka se lisää vuoropuhelua ja ymmärrystä perheen sisällä.

Children of Parents with Affective Disorder.	
Beardslee & Tracy & Gladstone & Wright & Cooper. 2003. A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change.	Kliinikkopohjainen interventio oli suotuisampi kuin luentopohjainen interventio suhteessa vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen, lasten käyttäytymiseen sekä asenteiden muuttumisen kannalta. Lasten ymmärrys ja tietoisuus vanhemman sairauteen lisääntyi kliinikkopohjaisessa interventiossa. Lapset, jotka osallistuivat interventioihin, psyykkinen oireilu väheni intervention aikana.
Beardslee & Wright & Salt & Drezner & Gladstone & Versage & Rothberg 1997. Sustained Change in Parental Receiving Preventive Interventions for Families With Depression.	1½ vuotta interventioiden jälkeen vanhemmat raportoivat kuten luennoitsijatkin, että interventioilla oli positiivisia vaikutuksia vielä 1½ vuoden jälkeen. Yhteenvetona sanotaan, että interventioilla on pitkäaikaisia hyötyjä perheille.
Tutkimukset Skandinaviassa	Keskeiset tutkimustulokset ja johtopäätökset
Solantaus & Toikka & Alasuutari & Beardslee & Paavonen 2009. Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and families with Parental Depression.	Tutkimus osoitti, että Beardsleen perheinterventio sekä Solantauksen kehittämä Lapset puheeksi-menetelmä ovat turvallisia ja käyttökelpoisia ennaltaehkäiseviä työmenetelmiä suomalaisessa yhteiskunnassa.
Pihkala & Cederström & Sandlund 2010. Preventive Family intervention for children of Mentally Ill Parents: A Swedish National Survey.	Perheinterventio on turvallinen ja toteuttamiskelpoinen ja niillä todetaan olevan positiivisia vaikutuksia myös muissakin psyykkisissä sairauksissa kuin masennuksessa.
Solantaus & Toikka 2006. The Effective Family Programme II: Clinicians' Experiences of Training in Promotive and Preventive Child Mental Health methods.	Sekä henkilökunta että kouluttajat kokevat opettamisen ja interventiotyöskentelyn mielekkäänä.
Pihkala & Johansson 2008. Lending and fearing for dialogue with children-Depressed parent's way into Beardslee's preventive family intervention.	Löydös osoitti kuinka herkkä aihe lasten hyvinvointi on masentuneelle vanhemmalle ja kuinka tärkeitä on nostaa esiin tiettyjä puheenaiheita, kuten pelko ja häpeä vanhemman kanssa silloin kun interventiota tarjotaan vanhemmalle (motivaatio).

USA:ssa ja Ruotsissa tehtyjen tutkimusten tulokset tukevat (Taulukko 4.) kehittämistehtäväni tuloksia siitä, onko perhe hyötynyt Beardsleen perheinterventiosta. Vastaajat kertoivat, että perheen sisäinen kommunikaatio oli lisääntynyt intervention vaikutuksesta sekä perheen sisällä oli alettu puhumaan vanhemman sairaudesta.

Joidenkin vastaajien mukaan vanhemmat kertoivat interventtiosta olevan suurta hyötyä ja joskus interventio oli ollut väylä lapsen jatkohoitoon. Beardsleen perheinterventio oli myös vähentänyt vanhemman huolta ja syyllisyyttä sekä lisännyt vanhemman omaa vastuuta lapsen kasvatuksesta ja huollosta.

3.5 Keskeisemmät hankkeet USA:ssa, Suomessa sekä Ruotsissa

Taulukossa 5. on koottuna keskeiset hankkeet ja projektit, jotka koskettavat Beardslee perheinterventiota. Hankkeet ja projektit on toteutettu niin Yhdysvalloissa kuin Skandinaviassa. Yhdysvalloissa toteutetut hankkeet ja projektit ovat olleet pohjana useille Skandinaavisille hankkeille.

Taulukko 5. Keskeisiä hankkeita/projekteja perheintervention kannalta.

Hanke	Tavoite
The Preventive Intervention Project 1987-2005.	Ennaltaehkäisevien työtapojen kehittäminen vanhemmille, joilla on affektiivinen mielialahäiriö ja alaikäisiä lapsia. Menetelmien juurruttaminen Yhdysvalloissa, Kanadassa sekä Skandinaviassa.
AKKULA-hanke 1992-2000.	Psykiatrisesti sairaiden vanhempien riskilasten löytäminen, uusia työ- ja arviointimenetelmiä käyttäen sekä lisätä moniammatillista ryhmätyöskentelyä aikuis- ja lastenpsykiatrian yksiköiden kesken.
AKKULA-hanke II 2000-2001.	Työmenetelmien kehittäminen aikuispsykiatrian käyttöön psyykkisesti sairaan aikuisen lasten huomioimiseksi sekä moniammatillista yhteistyötä eri organisaatioiden kesken.
Näkymätön lapsi-hanke 2001-2003.	Rakentaa ennaltaehkäisevää toimintamalli yhteistyökumppaneiden kanssa silloin, kun perheen vanhemmalla on mielenterveysongelmia.
Lapsi omaisena-projekti 1998–2001. Lapsi omaisena-projekti 2001–2002. Lapsi omaisena-projekti 2002–2003.	Nostaa esille lapsen näkökulma silloin kun vanhempi on psyykkisesti sairaas. Projekti toteutettiin kolmessa eri osassa.
Lapsi, jonka vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö, on osa Kansallisen psykiatrian yhtenäistämishankkeen kehittämisohjelmaa 2005–2007 .	Tavoitteena oli kartoittaa millaisia tukitoimia psyykkisesti sairaille vanhemmille tarjotaan, joilla oli alaikäisiä lapsia. Projektin toinen osa oli

	pilottikoulutus, jossa koulutettiin Beardsleen perheintervention osaajia Norrbottenin, Västerbottenin sekä Västernorrlandin alueilla.
Kansallisen psykiatrian yhtenäistämishankkeen osa projekti Lapsi, jonka vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö 2006–2007.	Päätavoitteena oli kehittää toimialojen, kuten kunnan ja maakäräjien mahdollisuuksia tarjota tukea lapselle, jonka vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö, testata Beardsleen perheinterventiomenetelmää Ruotsalaiseen yhteiskuntaan soveltuvaksi.
Kansallinen Beardslee-projekti 2008–2010.	Tarjota Beardsleen perheinterventio-koulutusta Ruotsissa niin psykiatriassa kuin perusterveydenhuollossakin.

The Preventive Intervention Project 1987–2005 (Taulukko 5.) tarkoituksena oli kehittää ennaltaehkäiseviä työskentelytapoja vanhemmille, joilla oli mielenterveydenhäiriö sekä alaikäisiä lapsia. Projektin tarkoituksena oli myös juurruttaa perheinterventiomenetelmä niin Yhdysvalloissa kuin Skandinaviassakin. Projektin tuotokset olivat hyvät, sillä perheinterventio on juurtunut USA:han, Kanadaan sekä Skandinaviaan. (Beardslee 2010.)

Etelä-Pohjanmaan akuuttipsykiatrian ylilääkärin toimesta käynnistettiin AKKULA-hanke (Taulukko 5.) vuonna 1992–2000, tavoitteena oli lisätä yhteistyötä lastenpsykiatrian yksikön kanssa sekä kehittää uusia toimivia työmenetelmiä riskilasten ja riskiperheiden löytämiseksi, tukemiseksi sekä jatkohoitoon ohjaamiseksi. Hankkeen alussa todettiin, ettei valtakunnallisia käytäntöjä löytynyt, joita olisi voinut hyödyntää hankkeessa. Hankkeen aikana toteutettiin tutkimus, jonka tarkoituksena oli arvioida psykiatriseen hoitoon tulleen aikuispotilaan perheen ja lasten psyykkinen kokonaistilanne. Tutkimuksessa tutkittiin myös jatkohoitoon ohjausta sekä oliko annettu tuki ja seuranta perheelle riittävä. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 45 aikuispsykiatrasta potilasta ja heidän perheensä sekä alle 15-vuotiaat lapset, joita oli yhteensä 82. (Leijala & Nordling & Rauhala & Riihikangas & Roukala & Soini & Sytelä & Yli-Krekola 2001, 139–140, 153–155.)

Hankkeen tulokseksi saatiin, että psyykkinen sairaus perheessä oli yhteydessä koko perheen tuentarpeeseen ja varsinkin silloin, jos vanhempi oli sairastunut psykoosiin. Tuentarvetta lisäsivät perheenjäsenten keskinäiset ongelmat, kuten yhteinen ajanvieton puute, kodin varustetaso sekä perheenäidin toimintakyvyn heikkous. Tulokset kertoivat,

kuinka perhetilanne vaikutti lasten psyykkiseen kehitykseen. Jos perhe selvisi itsenäisesti, ei myöskään lapsilla ollut ongelmia psyykkisessä kehityksessä. Vastaavasti perheissä, joissa tuentarvetta oli, oli myös huoli lasten psyykkisestä kehityksestä. Arviot lasten psyykkisestä kehityksestä tehtiin kotikäynnin yhteydessä ja näin ollen tutkimus kertoi myös sitä, miten suuri merkitys kotikäynneillä oli lasten psyykkisten häiriöiden varhaisessa havaitsemisessa ja ehkäisyssä. Tutkimuksessa ilmeni myös, että yli puolet lapsista sai riittämättömästi tukea vanhemmiltaan, joka kuvasti sitä, että sairaus kuluttaa molempien vanhempien voimavaroja tai vanhemmat suuntaavat huomionsa sairauteen, niin ettei lasten tarpeita osattu huomioda riittävästi tarpeisiin nähden. Tutkimuksen mukaan hankkeeseen osallistuvista lapsista yli puolelle suositeltiin jatkotoimenpiteitä. (Leijala ym. 2001, 153–155.)

Akkula II-hankeen (Taulukko 5.) toteutettiin vuosina 2000–2001. Sen tavoitteena oli työmenetelmien kehittäminen aikuispsykiatrian käyttöön psyykkisesti sairaan vanhemman lasten huomioimiseen sekä moniammatillisen ja eri organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämiseen. Hankkeen edetessä huomattiin, että käytössä olevat menetelmät tuli kartoittaa, jotta tavoitteet saavutettaisiin. Kartoitus tehtiin työryhmähaastatteluin sekä kyselyn avulla. Hanke lisäsi yhteistyötä ja arvostusta toisen työtä kohtaan. Hankkeen prosessi oli hidas Leijan ym. (2001, 160–163) mielestä, mutta oleellista oli, että hankkeen tuominen näkyväksi aikuispsykiatrisessa hoitotyössä. Perhetapaaminen ja lasten tilanteen arviointi tuotti uuden näkökulman aikuispsykiatriseen hoitotyöhön sekä kotikäynnit antoivat merkittävästi lisätietoa potilaan kokonaisarviointiin. Yhteenvetona voidaan sanoa, että perhearviointi ei huonontanut potilaan ja hoitajan hoitosudetta, vaan lasten huomioon ottaminen loi hyvät edellytykset ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. Merkityksellisiä tuloksia olivat myös työntekijöiden positiiviset asenteet ja mielenkiinto lasten tilanteeseen. Tutkimuksesta saadun kokemuksen mukaan työntekijät saivat mahdollisuuden täydentää ammattitaitoaan lasten normaalista ja poikkeavasta kehityksestä.

Näkymätön lapsi-hanke (Taulukko 5.) 2001–2003 toteutettiin Pielaveden ja Keiteleen kansanterveystyön kuntayhtymässä, jonka tavoitteena oli rakentaa perusterveydenhuoltoon ennaltaehkäisevää lasten- ja nuorisopsykiatrista työskentelytapaa. Hankkeessa luotiin työskentelymalli, jossa lastenneuvola, kouluterveydenhuolto ja aikuispsykiatria työskentelivät yhdessä perheen kanssa, joissa toisella tai kummallakin vanhemmalla oli mielenterveysongelmia.

Työskentelymenetelmäksi valittiin Beardsleen perheinterventio Solantauksen artikkelin pohjalta. Hanke liittyi Toimiva & lapsi perhe-hankkeeseen syksyllä 2002 saatuaan tietää hankkeen olemassaolosta. Näkymätön lapsi-hankkeen työntekijät saivat tuolloin perheintervention ja Lapset puheeksi-menetelmäkoulutuksen. (Pietilä 2005, 4021–4025).

Omaiset mielenterveystyön tukena (Taulukko 5.) Uudenmaan yhdistyksessä aloitettiin toukokuussa 1988 Lapsi Omaisena-projekti Raha-automaattiyhdistyksen tuella. Projektin ensimmäinen vaihe päättyi 2001. Projekti sai jatkorahoituksen ensin vuodeksi ja sen jälkeen rahoitusta myönnettiin vuodeksi lisää, joten projektin kokonaisaika oli vuodesta 1998 vuoteen 2004. Projektin kohderyhmänä olivat psyykkisesti sairaan vanhemman lapset ja nuoret sekä heidän perheensä. Projektin ensimmäisessä vaiheessa perustettiin vertaisryhmätoiminta yli 20-vuotiaille, jotka olivat kasvaneet psyykkisesti sairaan vanhemman kanssa. Perheiden lisäksi tärkeiksi kohderyhmiksi nähtiin myös psykiatria-, opetus-, sosiaali- ja terveystoimen ammattilaiset. Edellä mainitut kohderyhmät saivat koulutusta ja aiheeseen liittyviä julkaisuja projektin aikana. (Inkinen & Santasalo 2001, 87; Inkinen & Söderblom 2006, 3.)

Projektin ensimmäisessä osiossa ryhmäläisiä pyydettiin täyttämään palautelomake, missä kartoitettiin, minkälaista apua he olisivat tarvinneet lapsena, kun vanhempi sairastui ja millä tavalla he olisivat halunneet tulla kohdatuiksi. Vastaukseksi saatiin, ettei heitä juurikaan huomioitu vanhemman sairastuessa psyykkisesti. Vastausten perusteella he joutuivat itse muodostamaan käsityksen vanhemman sairaudesta ja tapahtumista sekä myös hoitavat tahot ja muu perhe vaikenen vanhemman tilanteesta. Vastauksissa oli myös ohjeita ammattilaisille siitä, miten heidän olisi tullut toimia yhdessä vanhempien kanssa. Vastanneiden mukaan heidän olisi tullut ottaa vastuullinen rooli ja aktiivisesti keskustella lasten tilanteesta sekä lapsilla olisi pitänyt olla oikeus päästä puhumaan vanhemman sairaudesta. (Inkinen ym. 2001, 111–112.)

Vuosina 2002–2004 (Taulukko 5.) projekti keskittyi vanhempien ja lasten vertaisryhmätoiminnan mallintamiseen. Lopputulokseksi saatiin toimiva Vertti- ja perhekurssi toiminta, jotka kuuluivat ennaltaehkäisevien interventioiden piiriin. Tavoitteena oli ennaltaehkäistä lasten psyykkistä pahoinvointia. Menetelmän lähtökohtana oli vanhemmuuden kunnioittaminen, lapsilähtöisyys ja lapsikeskeisyys. Vertti- ja perhetoimintaa voitiin toteuttaa erilaisissa terveyden- ja sosiaalihuollon

alueilla, missä kohdattiin psyykkisesti sairaita vanhempia tai heidän lapsiaan. Lapsi omainen-projekti toteutettiin Helsingin kaakkoisen ja koillisen sosiaali- ja terveydenhuollon alueilla. Kummallakin alueella toteutettiin kaksi ryhmää ja sen lisäksi Helsingin kaakkoisella alueella kolme Vertti-ryhmää yhteistyössä lastensuojelun, psykiatrian ja perheneuvolan kanssa. Helsingin koillisella alueella yhteistoiminta ei käynnistynyt lastensuojelun, psykiatrian ja perheneuvolan yhteistyönä.

STAKES eli nykyinen Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos käynnisti vuonna 2001–2015 Toimiva lapsi perhe-hankkeen. Hankkeen tarkoituksena (Taulukko 5.) on kehittää terveydenhuoltoon työmenetelmiä, joiden avulla tuetaan perheitä ja ennaltaehkäistään lasten häiriöitä, kun vanhemmalla on mielialahäiriö. Hankkeeseen lähti mukaan 14 aikuispsykiatrian hoitoyksikköä eri puolilta Suomea, sittemmin hanke on laajentunut. Ensimmäisinä vuosina pioneeriryhmä koostui 45 klinikasta 21 työpisteessä kahdeksalta eri alueelta (Sairaanhoitopiirit Hus, Kainuu, Pirkanmaa ja Pohjois-Pohjanmaa, Helsingin Kajaanin ja Tampereen kaupungit sekä kuntayhtymä Pielavesi-Keitele) ja Omaiset mielenterveystyön tukena-järjestön alueyhdistysten työntekijät. Yhdeksi työmenetelmäksi Toimiva lapsi & perhe-hankkeen osaprojektissa valittiin William Beardsleen perheinterventio, johon perusterveydenhuollon ja erikoispsykiatrian henkilökunta koulutettiin viisivuotisen (2001–2006) projektin aikana. Tänä aikana koulutettiin yli 400 työntekijää eri puolilla Suomea sekä 44 kouluttajaa. Tähän mennessä Suomessa on koulutettu tuhansia työntekijöitä ympäri Suomea sekä Solataus painottaa, että hankkeen tarkoituksena ei ollut ainoastaan uusien työmenetelmien oppiminen, vaan pyrittiin perustavanlaatuihin asennemuutokseen mielenterveyspalveluissa. Hyvään mielenterveyspalveluun kuuluu tuki vanhemmuudelle ja lapselle, joka on mahdollista toteuttaa, vain jos asennemuutos mielenterveyspalveluissa tapahtuu. (Alasuutari & Solantaus 2004, 23; Solantaus & Toikka 2006, 29–30; Suomen Akatemia 2007.)

Viisivuotisen osaprojektin (2001–2006) aikana tutkittiin kahta interventiota (Taulukko 5.), joista toinen oli projektin itsensä kehittämä lyhyt interventio, missä perhettä tavattiin kaksi kertaa ilman lapsia. Toinen interventio oli William Beardsleen kehittämä ennaltaehkäisevä interventio, joka koostui 6-8 istunnosta, joista lapset osallistuivat ainakin kahteen istuntoon. Projektissa tutkittiin menetelmän turvallisuutta ja intervention vaikutuksia. Menetelmä osoittautuikin turvalliseksi työmenetelmäksi

perheiden kanssa sekä interventio soveltui hyvin suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. (Solantaus & Toikka 2005, 154–156.)

Kansallisen psykiatrian yhtenäistämishankkeen osa projekti, Lapsi, jonka vanhemmalla on mielenterveydenhäiriö toteutettiin vuosina 2006–2007 (Taulukko 5.). Projektirahoitus myönnettiin Västerbottenin maakäräjille Skellefteån Psykiatrian klinikalle. Projektin tavoitteena oli kehittää palveluita, jotta kunnat ja maakäräjät pystyisivät tarjoamaan tukea lapsille, joiden vanhemmilla oli mielenterveydenhäiriö sekä toisena tavoitteena oli testata Beardsleen perheinterventio-menetelmää, onko menetelmä sellaisenaan soveltuva työmenetelmä ruotsalaiseen yhteiskuntaan. Kohderyhmänä projektissa olivat psyykkisesti sairaat vanhemmat ja heidän lapsensa. Projektin alussa kartoitettiin millaisia palveluita maakäräjät ja kunnat tarjoavat edellä mainitulle kohderyhmälle. Kiinnostuneille toimialoille tarjottiin Beardsleen perheinterventiokoulutusta sekä testiryhmään kuuluivat 10 arviointiperhettä, jotka osallistuivat Beardsleen perheinterventioon. Arvioinnin perusteella kartoitettiin, pystyttiinkö Beardslee perheinterventiota juurruttamaan sellaisenaan ruotsalaiseen yhteiskuntaan. (Olofsson & Lundström & Pihkala & Renberg 2007.)

Projektin aikana käynnistettiin Beardsleen perheinterventiokoulutus Norrbottenissa, Tukholmassa, Sundsvallissa ja Taalainmaalla. Projektin loputtua käynnistettiin kouluttajakoulutus sekä työnohjaus valmistuneille. Kyselytutkimukseen vastasi 17 vanhempaa, jotka kokivat perheintervention positiivisesti. Useat vanhemmat kokivat, että kodin ilmapiiri muuttui avoimemmaksi sekä keskustelu lasten ja vanhempien välillä lisääntyi. (Olofsson & Lundström & Pihkala & Renberg 2007.) Erään vastaajan argumentti Beardsleen perheintervention kokemuksista:

”Det har varit till hjälp att öppna upp samtal i familjerna”

Vastaavanlaisia tuloksia sain kehittämähankkeeni kyselyssä kartoittaessani Beardsleen perheintervention tuloksellisuutta. Vastaajat kertoivat, että interventio avasi keskustelun sairaudesta perheen sisällä sekä perheet kokivat saavansa tukea ja kannustusta. Vanhemmat antoivat palautetta siitä, että heidän syyllisyytensä vähentyi ja vanhemmuus sai enemmän tilaa. Perheinterventio johti myös joidenkin perheiden kohdalla ulkopuolisen avun piiriin.

Intervention positiiviset vaikutukset ilmenevät selvästi vastauksista, sillä interventio helpotti vanhempien välistä dialogia sekä vanhemmille oli tärkeätä, että he saivat tietää lastensa hyvinvoinnista. Tätä teoriaa tukee Pihkala & Johanssonin (2007, 2) artikkeli, missä vanhemmat toivoivat, että ammattilainen arvioisi heidän lapsensa voinnin. Pihkala & Johanssonin (2007, 2) mukaan mielenterveydestä kärsien vanhempien kokemus ja tulkinta maailmasta voi olla vääristynyt ja näin ollen vanhemmalla oli vaikeata tulkita lasten hyvinvointia.

Kansallinen Beardslee-projekti (Taulukko 5.) toteutettiin vuosina 2008–2010, jonka päätavoitteena oli kouluttaa Beardsleen perheinterventiomenetelmään henkilökuntaa psykiatriasta ja perusterveydenhuollosta ympäri Ruotsia sekä menetelmän juurruttaminen ruotsalaiseen yhteiskuntaan kouluttajakoulutuksen käyneiden välityksellä. Projektin aikana opetusmateriaalin tuottaminen oli keskeisenä tavoitteena ja tuotokseksi saatiin DVD, jota hyödynnetään koulutuksissa ja erilaisissa seminaareissa. Laadullisen työnohjauksen kehittäminen oli myös yksi projektin tavoitteista. Projektin tuotoksista ei ole vielä satavana tietoa, koska projekti päättyi loppuvuodesta 2010. (Nationell Beardslee-projekt 2008; Regeringsbeslut 2008.)

4 LAPSINÄKÖKULMAN KEHITYS JA NYKYTILANNE AIKUISPSYKIATRIASSA

4.1 Lapset ja aikuispsykiatri

Koivisto ja Kiviniemi (2001, 164) kirjoittavat artikkelissaan Pelkääkö isä mörköjä että, jo vuonna 1974 Selma Fraiberg kiinnitti huomiota psyykkisten sairaiden vanhempien lapsiin, jotka aikuispsykiatria oli unohtanut. Tällöin Fraiberg loi käsitteen näkymättömät lapset.

Lapsi omaisena-projekti alkoi keväällä 1998 ja päättyi 2003, jonka tavoitteena oli lapsinäkökulman esiin nostaminen silloin, kun vanhemmalla oli psyykkinen sairaus. Alo-ryhmät olivat osa Lapsi omaisena-projektin kehittämisalueita ja niihin kohdistunut tutkimus antoi arvokasta tietoa siitä, mitä oli kasvaa perheessä, missä vanhempi oli psyykkisesti sairas. Ryhmäläisten kokemus oli, ettei heitä juurikaan otettu huomioon ja he jäivät tilanteiden ulkopuolelle, silloin kun vanhempi sairastui. Ryhmästä saadusta palautteesta kävi myös ilmi, että he joutuivat luomaan itse käsityksen tapahtumista ja sairaudesta - kaikesta vaiettiin. Oma käsitys tapahtuneesta ja sairaudesta oli pahempi, mitä todellinen tilanne. Ryhmäläiset toivoivat, että heidän kokemukset avaisivat ammattilaisten ja vanhempien silmät näkemään, nämä lapset ja heidän tarpeensa. (Inkinen & Santasalo 2001, 87–88, 111.)

Leijala & Nordling & Rauhala & Riihikangas & Roukala & Soini & Sytelä & Yli-Krekola (2001, 138) mukaan vuosien varrella tehdyt tutkimukset osoittavat, että vanhemman psyykkinen sairaus kuormitti koko perhettä ja se on riski lapsen psyykkiselle terveydelle. Tästä tiedosta huolimatta lasten kokonaistilanteen arviointi on sivuutettu psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten kohdalla ja usein lapset on jätetty kokonaan arvioinnin ja hoidon ulkopuolelle hoidettaessa psyykkisesti sairasta vanhempaa.

Seinäjolla akuuttipsykiatrian henkilökunta tiedosti puutteelliset keinonsa vastata lasten avuntarpeeseen, heiltä puuttuivat lapsen kehityksellisten tarpeiden ja tunne-elämän ymmärtäminen sekä lapsen edun arvioiminen ongelmatilanteissa. Tästä tarpeesta

käynnistettiin AKKULA-hanke, joka alkoi 1992 ja päättyi 2003. Hankkeen tavoitteena oli, lisätä yhteistyötä ja kehittää uusia menetelmiä riskilasten ja riskiperheiden löytämiseksi, tukemiseksi sekä jatkohoitoon ohjaamiseksi. Hankkeen tulosten mukaan 33 % perheistä esiintyi tuen tarvetta ja 51 % perheistä oli sellaisia, jotka herättivät huolta työntekijöissä. Lasten kohdalla 5 % lapsista oli selvä psyykinen häiriö sekä 45 % lapsista oli jatkoseurannan tarpeessa. Puolet lapsista oli normaalisti kehittyneitä, eikä lasten tilanne aiheuttanut huolta työntekijöiden keskuudessa. Ongelmaksi katsottiin, ettei lapsi saanut ikätasoistaan tukea vanhemmiltaan sekä vanhemman ja lasten välisessä vuorovaikutuksessa todettiin puutteita. (Leijala ym. 2001, 145–146.)

Syitä siihen, miksei lapsia ole nähty löytyy muun muassa kulttuuristamme. Kulttuurissamme ei ole ollut tapana kertoa psyykkisistä häiriöistä lapsille ja niiden tuomista kanssakäymisen vaikeuksista vanhemman ja lapsen välille. On tullut ilmi, että vanhemmalla itsellään oli vaikeuksia ymmärtää sairautta, mutta myös pelko lapsen leimautumisesta oli vahva. Vanhemmalla oli myös muita pelkoja, kuten murrosikäinen nuori voi käyttää sairautta vanhempaa vastaan. On myös ilmennyt, että vanhempi pelkäsi menettävänsä auktoriteettiaseman lapsen ja nuoren silmissä, jos he olisivat avanneet keskustelun psyykkisestä sairaudestaan. Vanhemmilla oli myös tarve suojella lapsia pitämällä psyykinen häiriö piilossa ja elää kuin sairautta ei olisi ollut. Lapsilla oli taipumus liittoutua tähän ”salaliittoon” ja jatkaa elämää niin kuin eivät olisi huomanneet tai nähneet mitään poikkeavaa vanhemman käytöksessä. (Solantaus 2001, 48–49.)

Ammattiauttajat lankesivat myös tähän salaliittoon suojellakseen potilasta, jottei vanhempi ahdistuisi lasten hoitoon ottamisen johdosta. Ammattiauttajilla oli myös epäselvää, miksi pitäisi ja miten lapselle olisi pitänyt kertoa vanhemman psyykkisestä häiriöstä. Ammattiauttajien pelkona olivat myös, että vanhempi ymmärsi väärin ja lapsista kysyminen yhdistettiin huostaanottoon. Yksi selvemmistä syistä oli kuitenkin aikuispsykiatrian puutteellinen yhteys lastenpsykiatrian ja lastensuojelun kanssa. Tämän yhteyden puute loi harhakuvitelmia siitä, että asia oli jo toisen organisaation hoidossa sekä rajatut tehtäväalueet vaikuttivat lasten huomioonottamiseen. (Solantaus 2001, 49–50.)

Sunderbyn aikuispsykiatrian lapsi- ja perhekeskeinen työskentelyote oli vastausten perusteella lähtenyt hyvin kehittymään, sillä 85 % vastaajista kertoi, että heillä oli aikaa

ja resursseja toteuttaa Beardsleen perheinterventioita sekä Lapset puheeksi-menetelmää arkisessa työssään. Useat vastaajat kertoivat, että perheinterventiotyöskentely kuului heidän työtehtäviinsä. Toisaalta eräs vastaaja koki, ettei hänelle ole siinä mittakaavassa aikaa ja resursseja tehdä perhetyötä kuin hän haluaisi. Vastauksista ilmeni myös, että organisaatio ei asettanut esteitä työskentelylle sekä aika perhetyöhön täytyi työntekijöiden itse järjestää.

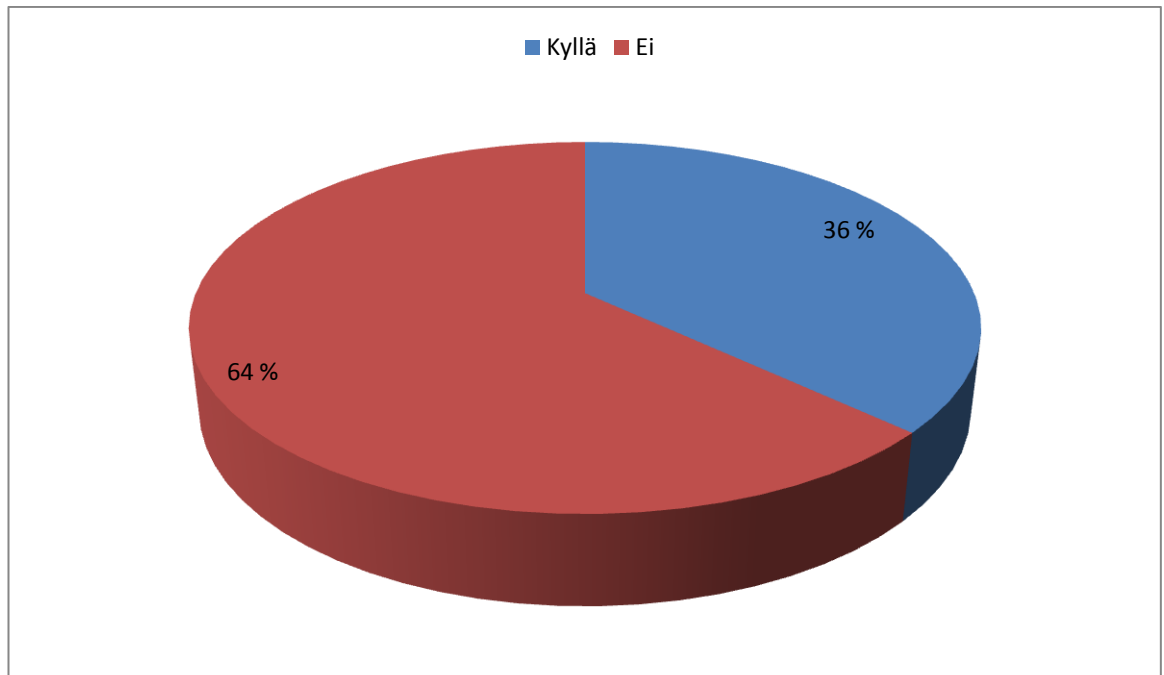
Saamistani vastauksistani päätelleen organisaatio tukee perhe- ja lapsilähtöistä työskentelyotetta, mutta vastuu arkisesta työskentelystä perheen ja lasten kanssa on vanhempaa hoitavalla työntekijällä. Organisaatiolta toivottiin enemmän koulutusta ja työnohjausta. Tietoa muille työryhmille ja yhteistyökumppaneille, että perhe- ja lapsikeskeisestä erityisosaamista löytyy Sunderbyn aikuispsykiatriasta.

Kyseiset vastaajat raportoivat myös, että heidän erityisosaamistaan käytettiin hyödyksi organisaation sisällä. Vastaajieni mielestä organisaation tulee huomioida, että uusi työskentelymenetelmä tarvitsee aikaa: perheet tarvitsevat aikaa, mutta myös työntekijät tarvitsevat aikaa. Aikaa tarvittiin, jotta työntekijät ehtivät muuttamaan ajattelutapaansa sekä he tarvitsivat aikaa mieltääkseen uuden työskentelytavan erityisesti, kun aikaisemmin työskenneltiin yksilökeskeisesti. Eräs vastaajani kirjoitti, että työntekijät, jotka eivät olleet työskennelleet aikaisemmin perhe- ja lapsilähtöisesti saivat uudenlaisia työkaluja perhe- ja lapsilähtöiseen työskentelyyn tai ainakin valaisevan kokemuksen siitä.

Kehittämistehtäväni kyselyssä nousi esille, että vastaajat toivoivat organisaatiolta enemmän aktiivista otetta siitä, että heidän osaamisestaan olisi puhuttu enemmän työntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Pietilän (2005, 4022) artikkelin mukaan yhteistyö yli sektorirajojen käynnistyi vasta sitten, kun ammattilaiset alkoivat tavata toisiaan yhteisissä koulutustilaisuuksissa, kuten Toimiva perhe-hankkeessa tehtiin. Tämän teorian valossa menetelmä tuli tunnetuksi vasta sitten, kun menetelmä tunnettiin organisaation sisällä ennen kuin yhteistyö käynnistyi organisaation ulkopuolella.

Vastaajiltani kartoitettiin (Kuvio 6.), toteuttavatko he yhteistyötä yli sektorirajojen ja vastauksien mukaan yhteistyötä yli sektorirajojen toteuteltiin satunnaisesti, sillä 64 % vastaajista ei ole tehnyt yhteistyötä perheintervention puitteissa muiden viranomaisten

kanssa. 36 % vastaajista kertoi tekevänsä yhteistyötä kunnan kanssa, erityisesti sosiaalitoimi oli tärkeä yhteistyökumppani. Pietilän (2005, 4022) artikkeli painotti, että tärkeimmät yhteistyökumppanit mielenterveydestä kärsivälle vanhemmalle olivat sosiaalitoimi sekä perusterveydenhuolto. Yhteistyö yli sektorirajojen voi olla pulmallista, sillä työntekijöiden voi olla vaikeata lähestyä viranomaisia lasten asioissa, mutta toisaalta suurin osa mielenterveyden häiriöistä kärsivien perheiden lapset eivät sairastu.



Kuvio 6. Yhteistyötä yli sektorirajojen.

Kuviosta 6. näkyy, että 36 % vastaajista teki yhteistyötä eri toimijoiden kanssa ja 64 % vastaajista ei tehnyt yhteistyötä laisinkaan. Yhteistyön tekemättömyys ei välttämättä ole negatiivista, vaan luku voi kertoa siitä, että lapsen tai lasten asiat perheessä ovat hyvin: vanhempi tai vanhemmat tarvitsivat vain tietoa siitä, miten lapsi voi. 36 % vastaajista kertoi tekevänsä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa, tärkeimmäksi yhteistyökumppaniksi koettiin kunnan sosiaalitoimi, tässä voidaan yhtyä Leijalan ym. (2001, 146) tutkimustuloksiin, joiden mukaan perheiden tuentarpeella ja psyykkisellä sairaudella on selvä yhteys tuentarpeeseen sillä 66 % AKKULA-hankkeen osallistuvilla perheillä oli tuentarvetta. Tuentarpeeseen vaikutti vanhemman diagnoosi: psykoottisesti oireilevien tuentarve oli 44 % ja ei-psykoottisesti oireilevien vanhempien 24 %.

Vastaajani kertoivat saaneensa palautetta niin yhteistyökumppaneilta, työkavereilta, johdolta kuin perheiltäkin. Yhteistyökumppanit kokivat, että perheinterventio oli kiinnostava työmenetelmä sekä heillä oli halukkuutta osallistua koulutukseen. Yhteistyökumppanit näkivät myös, että tällä menetelmällä saatiin kokonaiskuva perheen tilanteesta. Vastaavasti johto oli antanut tilaa ja kannustanut sekä antanut vahvan tuen uudelle työskentelymenetelmälle. Myös kansalliset yleistavoitteet tukivat Beardsleen perheinterventiomenetelmää. Työkavereilta saadun palautteen perusteella he olivat tyytyväisiä siihen, että vihdoinkin tapahtui jotakin potilaan hoidossa ja työkaverit näkivät perheintervention toimivana työkaluna perheen hoidossa.

Palaute perheiltä oli positiivista ja heidän mukaansa interventio avasi keskustelun sairaudesta perheen sisällä ja interventio antoi voimia sekä kannustusta tulevaisuuteen. Interventio tuki myös vanhemmuutta ja vanhemmat kokivat olevansa vahvempia vanhempia. Vanhemmat kokivat myös intervention oleva hyvä tapa avata keskustelu vanhemman sairaudesta. Tiivistettynä voidaan todeta, että palautteen saaminen oli ehdottoman tärkeää työntekijälle, koska sitä kautta voidaan kehittää ja pitää yllä kiinnostusta perheen parissa tehtävässä työssä. Palaute edesauttaa Beardsleen perheintervention ja Lapset-puheeksi menetelmän juurruttamista, sillä palautteen, saanti tuli se sitten perheiltä, yhteistyökumppaneilta tai johdolta antaa se arvostusta työmenetelmälle ja pitävää sen elävänä.

4.2 Beardsleen perheinterventio ja Lapset puheeksi-työmenetelmät

Beardsleen perheintervention ja Lapset puheeksi-menetelmän pyrkimyksenä on vanhemmuuden tukeminen ja lasten häiriöiden ennaltaehkäistä lasten ja nuorten sairastumista. Menetelmillä pyritään vaikuttamaan vanhemmuuteen ja tukemaan lasten itseymmärrystä vanhemman sairaudesta sekä itsenäisyyttä. Ennaltaehkäisy tässä yhteydessä tarkoittaa sitä, että puututaan sellaisiin ongelmiin, joista perhe ei ole vielä tietoinen. Interventioon liittyy eettinen ongelma, koska perheet eivät ole hakeneet apua tiedostamattomaan ongelmaansa. Tällöin interventiossa tulee noudattaa seuraavia kriteerejä: 1) intervention tulee kohdistua tiettyyn ja rajattuun riskiryhmään, 2) riskin tulee olla selvästi todettavissa, 3) sen tulee kohdistua tiettyihin, nimettyihin tekijöihin, 4) sillä voidaan olettaa olevan pitkäaikaiset seuraukset, 5) tulos arvioidaan tieteellisesti hyväksymällä menetelmällä, 6) sen tulee olla turvallinen. Beardslee työryhmänsä kanssa kehitti perheintervention (Taulukko 6.) Harvardin Yliopistossa 1980-luvulla. Kehitetty

perheinterventio täytti yllä olevat kriteerit, joka teki perheinterventiosta tieteellisesti hyväksytyn työmenetelmän affektiivisten vanhempien lasten auttamisessa. (Solantaus & Beardslee 2001, 118–119; Solantaus 2006, 2.)

Taulukko 6. Beardsleen perheintervention ja Lapset puheeksi-menetelmän peruskehikko.

	Beardsleen perheinterventio	Lapset puheeksi-menetelmä
Tavoite	<ul style="list-style-type: none"> • Ehkäistä lasten- ja nuorten psyykkistä sairastumista. • Pyritään vaikuttamaan vanhemmuuteen. • Tuetaan lasten itseymmärrystä ja itsenäisyyttä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat tunnistaisivat lastensa ja nuortensa vahvuudet ja heikkoudet. • Tietoa vanhemmille, miten he voivat tukea lapsiaan. • Tarjota professionaalista apua perheelle ja lapsille, jos tarvetta ilmenee. • Avata keskustelu tulevaisuudesta.
Kohderyhmä	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joilla on 7-18-vuotiaita lapsia tai nuoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhemmat, joilla on alaikäisiä lapsia. • Äidit, jotka odottavat lasta.
Kesto	<ul style="list-style-type: none"> • 6-8 istuntoa 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 tapaamista sairaan vanhemman kanssa, mahdollinen partneri myös mukana.
Henkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> • Ammattihenkilö, joka on käynyt Beardsleen perheinterventiokoulutuksen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatriassa työskentelevä ammattihenkilö.

Taulukkoon 6. olen koonnut perheinterventioiden peruskehikot. Beardsleen perheintervention ja Lapset puheeksi-menetelmän eroavaisuuksia löytyy kohderyhmästä, koska Lapset puheeksi-menetelmää voidaan käyttää hyvinkin pienten lasten sekä raskaana olevien kanssa. Toinen eroavuus on, että Lapset puheeksi-menetelmä on lyhyt interventio, sillä vanhempaa tai vanhempia tavataan yhdestä kolmeen kertaan ja vastaavasti Beardsleen perheinterventiossa tapaamisia on yhteensä kuudesta kahdeksaan kertaan. Lapset puheeksi-menetelmässä ei kohdata lapsia laisinkaan. Lapset puheeksi-menetelmästä voidaan luonnollisesti siirtyä Beardsleen

perheinterventioon tarvittaessa. Kolmantena eroavaisuutena on, että Lapset puheeksi-menetelmä vaatii eri koulutuksen kuin Beardsleen perheinterventio. Kaikki, jotka ovat käyneet Beardsleen perheinterventiokoulutuksen ovat myös saaneet koulutuksen Lapset puheeksi-menetelmään. Lapset puheeksi-menetelmäkoulutusta järjestetään myös erikseen, kuten omassa organisaatiossani tehdään. Taulukossa 7. on esitettyä Beardsleen alkuperäinen interventio.

Taulukko 7. Beardsleen alkuperäisen perheintervention kulku.

Istunto	Beardsleen perheinterventio
1	Etabloituminen ja perheen sairaushistorian luonti <ul style="list-style-type: none"> • Liittoutuminen ja yhteistyön luonti. • Interventioon perehdyttäminen. • Perheen sairaushistorian luonti.
2	Sairauskokemus sekä koulutuksellinen osio sairaudesta <ul style="list-style-type: none"> • Katselmus edelliseen istuntoon. • Sairauden merkitys perheelle, erityisesti avio/avopuolison näkökulmasta. • Koulutuksellinen osio sairauden etiologiasta eli syistä, oireista sekä hoidosta. • Auttaa vanhempia arvioimaan lasten/lapsen toimintakyvyn, vanhempien huolenaiheiden läpikäynti sekä toiveiden huomioiminen. • Auttaa vanhempia valmistelevaan lasten tapaaminen sekä auttaa keskusteluihin valmistelemisessä; miten kerron lapsille.
3	Lasten tapaaminen <ul style="list-style-type: none"> • Lapsen osallistumisen tärkeyden painottaminen sekä tiedon hankkiminen. • Lapsen toimintakyvyn kartoitus, ymmärrys vanhemman sairaudesta. • Auttaa lasta ilmaisemaan huolensa tai kysymyksensä perhetapaamiseen. • Tiedon antaminen vanhemman sairaudesta, suhteessa lapsen huolenaiheisiin sekä lapsen ikätasoon nähden.
4	Perhetapaamisen suunnittelu <ul style="list-style-type: none"> • Antaa palautetta lapsen yleisestä toimintakyvystä ja kehityksestä. • Yhdistävät vanhempien havainnot sairaudesta lasten kokemukseen. • Helpottaa osallistumista perhetapaamiseen suunnittelemalla yhteiset puheenaiheet.
5	Perhetapaaminen, jossa muodostetaan perheen yhteinen ymmärrys vanhemman sairaudesta <ul style="list-style-type: none"> • Perhetapaamisen tarkoituksen kertaaminen, informaatio sairaudesta sekä sen periytyvyydestä. • Yhteisen ymmärryksen luonti vanhemman sairaudesta ja sen sisällyttäminen perheen kokemukseen vanhemman kertomana.
6	Tulevaisuuden suunnittelu <ul style="list-style-type: none"> • Kokemukset perheistunnosta ja sen tuloksista perheen arkeen. • Tulevaisuuden visiot. • Tarkoituksena on, että avoin keskustelu sairaudesta jatkuu intervention jälkeen.

Taulukossa 7. olen koonnut intervention osa-alueet, jotka ovat eriteltynä seuraavassa kappaleessa. Huomioitavaa on, että Suomessa toteutetussa perheinterventiossa on kehitetty seurantalaveri kuuden kuukauden päähän interventioista sekä perheellä on tarvittaessa mahdollisuus ottaa yhteyttä perheintervention vetäjään.

Beardsleen perheinterventio ja Lapset puheeksi-menetelmä perustuu perheenjäsenten omaan kertomukseen omasta, puolison, tai vanhemman sairastumisesta, sairauden kulusta ja sen merkityksestä itselle ja muille perheen jäsenille. Perheen oma kertomus rikkoo hiljaisuuden sairaudesta. Se antaa mahdollisuuden yhteisen kertomuksen luomiseen sairauden vaikutuksista perheen jäsenille ja heidän toimintaansa. Kertomukseen yhdistyy vielä työntekijän oma näkemys tilanteesta, kuitenkin niin, että perheenjäsenten kokemukset ovat vuorovaikutuksen pohjana. Työntekijän tehtävänä on auttaa perheenjäseniä ymmärtämään kokemuksiaan antamalla tietoa affektiivisesta häiriöstä ja näin ollen häiriö demystifisoidaan. Perheen kertomuksen avulla saavutetaan yhteinen ymmärrys vanhemman sairaudesta ja sen merkityksestä, näin syntyy perheen oma tarina. Tarkoituksena on, että perheellä on yhteinen kieli ja valmius keskustella affektiivisesta sairaudesta ja sen merkityksestä itselle ja muille perheenjäsenille. Näin tuetaan itseymmärrystä ja avointa vuorovaikutusta sekä eristyneisyys perheenjäsenten kesken purkaantuu. (Solantaus & Beardslee 2001, 126–127; D'Angelo & Llerena-Quinn & Shapiro & Colon & Rodriguez & Gallagher & Beardslee 2009, 271.)

Beardsleen perheinterventio on ennaltaehkäisevä perhetyön muoto, jossa tuetaan suojaavia tekijöitä perheissä. Perheiden kanssa rakennetaan yhteistä keskustelua ja ymmärrystä sekä tuetaan lasten sosiaalista elämää perheen ulkopuolella. Interventio jakaantuu kolmeen eri osioon: 1) arvio jokaisen perheenjäsenen tilanteesta ja jokaisen perheenjäsenen kertomuksen kuuleminen, 2) tiedon ja ymmärryksen lisääminen ja liittäminen perheen kokemukseen perheen omalla kielellä, 3) lasten ymmärryksen lisääminen suhteessa vanhemman sairauteen, 4) konkreettisten suunnitelmien tekeminen, joilla turvataan lasten selviytyminen tulevaisuudessa. Istuntoja perheen kanssa on kuudesta kahdeksaan (Taulukko 7.), riippuen siitä, montako lasta perheessä on. Tarkoituksena on, että vanhemmat ja lapset tavataan erikseen ja lopuksi koko perhe osallistuu yhteiseen perheistuntoon. Perhettä tavataan vielä kuukauden kuluttua perheistunnosta, jossa palataan perheistunnon tunnelmiin ja sen vaikutuksiin perheenjäseniin. Istunnossa tuetaan vanhempia jatkamaan avointa keskustelua vanhemman sairaudesta sekä katse suunnataan tulevaisuuteen. Huomioitavaa on, että

lapsen kasvu- ja kehitysvaiheet on otettava huomioon, kun keskustelu suuntautuu tulevaisuuteen. Suomalaiseen perheinterventioon on lisättyä vielä yksi tapaaminen perheen kanssa, joka kohdentuu noin puolen vuoden päähän viimeisestä tapaamisesta. Tapaamisessa keskitytään perheen arviointiin, perhetilanteeseen ja huolenaiheisiin, intervention merkitykseen perheelle ja intervention oppien läpikäymiseen sekä niiden vahvistamiseen. (Solantaus 2005, 3765–3770; Solantaus & Beardslee 2001, 127.) Taulukossa 8. Lapset puheeksi-menetelmän kulku.

Taulukko 8. Lapset puheeksi-menetelmän kulku.

Istunto	Aihe vanhemman/vanhempien kanssa.
1	Perheen sisäisen ymmärryksen merkitys, miten tuen lastani.
2	Kartoitetaan perheen ja lasten vahvuudet sekä tarpeet muihin tukitoimiin, tarvittaessa verkostopalaveri.

Lapset puheeksi-menetelmä (Taulukko 8.) on neuvollinen menetelmä, joka on saanut vaikutteita Beardsleen perheinterventiosta sekä Hollannissa käytössä olevasta lyhytinterventiosta. Lapset puheeksi-menetelmän tarkoituksena on avata keskustelu lapsista sekä vanhemmuudesta. Päämääränä on, että vanhemmat ja työntekijät voivat luontevasti palata lasta kohdistuviin asioihin avoimesti ja välittömästi heti, kun siihen on tarvetta. Huomioitavaa on, että aina ei tarvitse olla ongelmia, vaan kannustetaan vanhempia palamaan lasten asioihin myös ilonaiheissa. Lapset puheeksi-menetelmässä työntekijä tapaa vanhempia/vanhempaa yhdestä kolmeen kertaa. Teemoina ovat perheen sisäisen ymmärryksen merkitys ja miten voin tukea lastani sekä vanhempia ohjataan tukemaan lasten perheen ulkopuolisia kontakteja niin kavereihin kuin turvallisiin aikuisiin. Yhdessä vanhempien/vanhemman kanssa kartoitetaan perheen ja lasten vahvuudet, haavoittuvuudet sekä tarpeet muihin tuki- ja hoitomuotoihin. Vanhemmalla on mahdollisuus ottaa lapset puheeksi myös myöhemmillä tapaamisilla työntekijän kanssa. Mikäli vanhemmalla tai työntekijällä herää huoli lapsesta järjestään verkostopalaveri, johon perhe kutsuu koolle päättämänsä henkilöt ja viranomaiset. Työntekijällä on apunaan Lapset-puheeksi lokikirja, josta työntekijä saa tietoa ja vinkkejä keskustelujen pohjaksi. (Solantaus 2005, 3765–3770; Solantaus & Toikka 2006, 40.)

Beardsleen perheinterventiota käytetään eniten perheissä kouluikäisten lasten ja nuorten auttamiseksi. Menetelmä ei kuitenkaan sulje pois työskentelyä perheissä, joissa on alle

kouluikäisiä lapsia. Menetelmää ei voida käyttää aivan pienten lasten kanssa, tällöin painopisteenä ovat vanhemmat, jolloin Lapset puheeksi-menetelmä on oiva apuväline. Lapset puheeksi-menetelmä soveltuu raskausajasta läpi lapsen kehityksen nuoreksi aikuiseksi. (Solantaus 2005, 3765–3770.)

On tärkeätä, että vanhemmalla on käsitys omasta sairaudesta ja sairaus on seesteisessä vaiheessa silloin, kun perheinterventiota toteutetaan. Vanhempi, joka ei tunne olevansa sairas tai jos vanhemmalla on kriisi, täytyy perheintervention toteutusta siirtää siihen saakka, kunnes tilanne on tasaantunut, jotta perhe hyötyisi interventiosta. Beardsleen perheinterventio on edistyksellinen ja uniikki menetelmä, joka paneutuu sairaaseen vanhempaan, terveeseen vanhempaan, lapseen sekä yhdessä koko perheeseen. (Solantaus 2002; Renberg 2007, 3.)

5 BEARDSLEEN PERHEINTERVENTION JUURRUTTAMISEN HAASTEET JA ONNISTUMISEN EDELLYTYKSET

5.1 Onnistumisen edellytykset

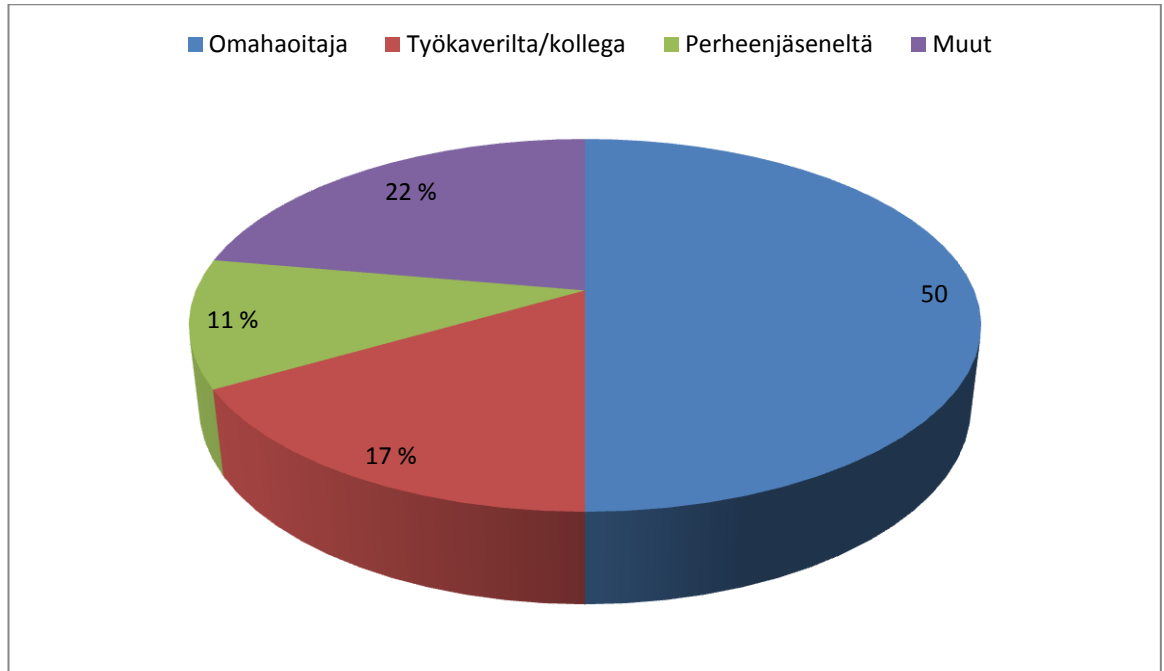
Solantauksen (2005, 3765–3770) artikkelissa uuden työmenetelmän vakiinnuttaminen tarkoittaa sitä, että menetelmä tulee osaksi arkisia rutiineja ja työ etenee riippumatta yksittäisten työntekijöiden innostuksesta, koulutuksesta ja tuesta. Päämääränä on tilanne, missä rutiini tuottaa kyseessä olevaa työtä sekä työmuoto kehittyy kokemuksen karttuessa. Uusi työmenetelmä saadaan osaksi arkisia rutiineja, kun rutiinit muistuttavat ja vaativat uuden työmenetelmän käyttöä, tässä yhteydessä lasten puheeksi ottamista.

Solantauksen ja Toikan (2005, 160) tutkimustulokset osoittivat, että tutkimuksen toteuttaminen klinikoissa osoittautui tehokkaaksi tavaksi menetelmän juurruttamiseksi, koska se edellytti intervention ottamista osaksi potilastyötä sekä tutkimusryhmä oli tiiviissä yhteistyössä klinikoiden kanssa niin sähköpostin välityksellä kuin henkilökohtaisestikin. Toimiva perhe-hankkeesta saadut kokemukset osoittivat, että juurruttamista on tutkittu aivan liian vähän sekä se on aliarvostetuin vaihe kehittämishankkeissa. Tämä johtuu Solantauksen ja Toikan (2005, 160) mukaan siitä, että juurruttamisprosessi on aikaa ja resursseja vievä vaihe, mutta sen lisäksi se tarvitsee myös enemmän tutkimusta ja teoreettista pohdintaa.

Lisäksi onnistunut juurruttaminen tapahtuu kolmella eri tasolla. Ensimmäisellä tasolla terveydenhuollon tulee kantaa vastuunsa mielenterveyden häiriöiden katkaisun tärkeydestä yli sukupolvien. Toisella tasolla organisaatioiden tulee kehittää ja arvostaa ennaltaehkäisevää työtapaa hoitavan ja korjaavan työn rinnalla, mutta kaiken tämän lisäksi kolmatta tasoa tarvitaan tiedon lisäämiseen ja asennemuutokseen väestötasolla. Ideaalitilanne olisi, jos potilaat osaisivat vaatia tukea lapsilleen sekä tukea vanhemmuuteen osana hyvää hoitoa. (Solantaus 2005, 3765–3770.)

Kehittämishankkeeni osallistuvilta vastaajilta kartoitettiin, mitä kautta perheet saivat tiedon Beardsleen perheinterventiosta. Vastausten perusteella omahoitaja oli kaikkein suurimmassa roolissa, sillä puolet perheistä sai tietää perheinterventiosta yhdyshenkilön eli omahoitajan kautta. Muita tiedonsaantikanavia olivat kollegat, lääkärit, työtoverit ja

työpaikkapalaveri sekä akuuttipsykiatrian henkilökunta. Eräs vastaajista kertoi, että eräs perhe sai tietää Beardsleen perheinterventiosta toiselta perheeltä, joka oli aikaisemmin osallistunut perheinterventioon. Kuviossa 7. on havainnollistettu, mitä kautta perhe sai tietää Beardsleen perheinterventiosta.



Kuvio 7. Tieto osallistumisen mahdollisuudesta Beardsleen perheinterventioon.

Kuviosta 7. näkyy, että 50 % vastaajista sai tiedon osallistumisen mahdollisuudesta perheinterventioon omahoitajan kautta. Muita tiedonlähteitä olivat kollegat ja muut, joihin luetaan lääkärit, akuuttipsykiatrian ja erilaiset seminaarit.

Vastausten perusteella omahoitaja oli kaikista suurimmassa roolissa, joka kertoo siitä, että Sunderbyn aikuispsykiatriassa arvostetaan ennaltaehkäisevää työskentelytapaa. Tätä Solantaus ja Toikka (2005, 160) peräänkuuluttavat onnistuneessa implementaatiossa sekä tutkimustulokseni mukaan Sunderbyn aikuispsykiatria on antanut tukensa perhekeskeiselle työskentelytavalle.

Kehittämistehtäväni tulosten mukaan juurruttamisprosessi on noudattanut myös Guldbbrandssonin (2007, 16) juurruttamisen vaiheita. Hänen mukaan juurruttamisen edellytykset ovat hyvät, jos kaikki viisi vaihetta on käyty läpi, jotka koostuvat hänen mukaansa: 1) tarpeesta juurruttaa uusi idea, 2) päätös juurruttamisesta, 3) suunnittelusta,

4) arvioinnista, 5) instituutionalistamisesta. Tarve tai idea voi nousta joko organisaation sisältä tai ulkopuolelta, tärkeää on saada tarpeelle tai idealle päätös sen toteuttamisesta. Päätöksen juurruttamisesta tekee ylin johto, koska uusien työtapojen kohdalla tarvitaan resursseja, kuten esimerkiksi rahaa ennen kuin juurruttamista voidaan suunnitella. Suunnitteluvaiheessa alkaa itse juurruttamisvaihe, jossa kartoitetaan, mitä tarvitaan, jotta uusi työtapo voi tulla käytäntöön, tarvitaan esimerkiksi koulutusta. Koulutuksen aikana työntekijät tarvitsevat harjoittelua eli työnohjausta uuden työmenetelmän sisäistämiseksi ja näin pikku hiljaa uudesta työtavasta tulee luonnollinen osa työskentelyä. Uusi työtapo tarvitsee myös arviointia, onko tämä hyvä ja tehokas tapa työskennellä. Tässä vaiheessa uutta työskentelytapaa voidaan vielä muokata kysytyyn tarpeeseen. Instituutionalistaminen tapahtuu, kun työmenetelmä osoittautuu käyttökelpoiseksi kyseisessä organisaatiossa. (Guldbrandsson 2007, 18.)

Tarve Beardsleen perheinterventioon nousi Sosiaalihallituksen toimesta (Taulukko 5.), koska Sosiaalihallituksen käynnistämän työryhmän tulosten perusteella lapsia ei ole huomioitu aikuispsykiatriassa tarpeeksi laajalti. Näiden tulosten johdosta Maakäräjille tarjottiin mahdollisuutta osallistua Beardsleen perheinterventiokoulutukseen ja näin ollen Beardsleen perheinterventiokoulutus sai alkuunsa Norrbottenin Maakäräjien alueella.

Kehittämistehtäväni tulosten perusteella juurruttaminen on edennyt Guldbrandssonin teorian mukaisesti, joka on myös noudattanut Toimiva & lapsi perhe-hankkeen juurruttamisprosessin kulkua. Tärkeätä juurruttamisessa oli ottaa juurrutettava työskentelymenetelmä mukaan arkiseen työhön ja näin teki kehittämishankkeessani 64 % vastanneista sekä Beardsleen perheinterventioon oli osallistunut 33 perhettä. Vastaustulosten perusteella Beardsleen perheintervention käyttö vaati aikaa ja resursseja, joita 36 % vastanneista ei juuri sillä hetkellä ollut.

Samanlaisia vastauksia sain Lapset puheeksi-menetelmän käytöstä. Näissäkin vastauksissa ilmeni ajanpuute siihen, miksi Lapset puheeksi-menetelmää ei käyttänyt kuin vähän yli puolet valmistuneista. Lapset puheeksi-menetelmään oli osallistunut 19 perhettä. Toinen merkittävä syy menetelmän käyttämättömyyteen oli potilasaineisto, sillä koulutuksen käyneiden hoidettavana ei ollut sellaisia perheitä, jotka tarvitsevat ennaltaehkäisevää työskentelytapaa vastausten perusteella.

Juurruttamisen onnistumisen edellytyksiä ovat myös Pihkalan ym. tutkimuksen valossa oikea-aikaisuus, sillä Pihkalan ym. (2008, 8) tekemän tutkimuksen mukaan vanhemmille oli tärkeää, että perheinterventiota tarjotaan oikeaan aikaan. Vanhempien mukaan heidän kunto tulee olla sellainen, että he kykenevät huomioimaan lapset sekä käsittelemään omaa vanhemmuuttaan. Vanhempien mukaan perheintervention voi ottaa esille jo aikaisemmassa vaiheessa ja jos perheinterventiosta kieltäytyy, tulee siihen palata myöhemmässä vaiheessa uudelleen. Tutkimuksessa perheet raportoivat myös, miksi he eivät halunneet osallistua perheinterventioon. Esteitä osallistumiseen olivat:

- pelko, että on tehnyt jotain väärin,
- työntekijät salaavat jotain,
- vastahakoisuus vastaanottaa apua psykiatrialta,
- vanhemmat pelkäsivät myös, että lapset voivat sanoa jotain kauheasta vanhemmasta.

Kehittämistehtävässäni vastaajat kertoivat, että mitä pitää tehdä, jotta Beardsleen perheinterventiosta tulee arkipäiväinen työskentelymenetelmä. Heidän mielestään perheinterventio tulee ottaa puheeksi jo heti ensimmäisellä tapaamisella vanhempien/vanhemman kanssa, jota Pihkala ym. (2008, 8) ovat tutkimuksessaan peräänkuuluttaneet. Tällöin työskentely perheissä alkaisi heti ja työskentelytavasta tulisi luonnollinen osa potilaan kanssa tehtävässä työssä, mutta vastanneiden mielestä yksilökeskeinen työskentelytapa nousi perhetyön hidasteeksi. Heidän mukaan työntekijöiden ja organisaation tulee uskoa yhteistyöhön niin organisaation sisällä kuin perheen kanssa sekä uskottava potilaiden omiin resursseihin. Vastaajat tarvitsevat lisää koulutusta ja tietoa perheen ja lasten kanssa tehtävästä työstä. Vastaajat painottivat työnohjauksen merkitystä työskentelytavan arkipäiväistämisessä.

Selvittäessäni, mitä organisaatio on jo tehnyt juurruttamisen edestä. Vastaajat kokivat, ettei organisaatio ei ole omaksunut riittävästi tätä työmenetelmää eikä se ole tehnyt tarpeeksi juurruttamisen eteen. Toisaalta tuen ja kannustuksen organisaatio oli antanut koulutukseen osallistuville. Organisaatio oli järjestänyt koulutuksen ja antanut aikaa ja tukea koulutuksen järjestäjille sekä korostanut koulutuksen tärkeyttä. Osa vastaajista näki, että organisaatio oli tehnyt kaikkensa siinä mittakaavassa, mitkä taloudelliset resurssit organisaatiolla oli olemassa juuri sillä hetkellä. Eräs vastaaja oli ymmärtänyt, että Lapset puheeksi-menetelmä oli tullut pakolliseksi Sunderbyn aikuispsykiatriassa työskenteleville.

Näiden vastausten perusteella organisaatio oli tehnyt mittavan työn työnmenetelmän arkipäiväistämiseksi, sillä henkilökunnan koulutus oli erittäin suuri panostus organisaatiolta. Suurin osa vastanneista koki, että organisaatio tuki ja arvosti työmenetelmää. Kehittämistehtävässäni selvitin myös, mikä tai mitkä asiat juurruttamisprosessissa toimi. Vastaajat raportoivat koulutuksen ja työnohjauksen toimineen hyvin. Osa vastaajista työskenteli arkipäiväisesti perheintervention parissa, mutta osa vastaajista raportoi, että heillä on pulaa interventioon soveltuvista perheistä. Vastaajan argumentti onnistuneesta juurruttamisesta:

”Implementering har gjort utbildningar lätt åtkomliga för hela personalen att delta. Implementering har skaffat en gemensam rutin kring familjeärenden, som egentligen skulle skrivas ner att den blir en levande rutin som träder i kraft.”

Tämä vastaus kuvastaa sitä, kuinka helpoksi koulutukseen osallistuminen on henkilökunnalle tehty. Tällöin myös rutiinit ovat muodostuneet perheellisten potilaiden kohdalle. Jotta rutiinit säilyvät ja tulevat eläväksi osaksi arkisia rutiineja tulee niiden olla kirjallisia ja samoja kaikille työntekijöille.

Seuraavia asioita nousi esiin, mikä ei ole toiminut juurruttamisprosessia. Vastaajat raportoivat, että osa henkilökunnasta ei informoinut potilaitaan perheintervention mahdollisuudesta. Vastauksista kävi myös ilmi, että perheintervention koulutuksessa olevilla oli alussa vaikeuksia saada interventioon sopivia perheitä. Vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että yhteiset rutiinit ja hoitokäytännöt tulee olla kirjattuna potilaan sähköisessä kansiossa, esimerkiksi lapset hakusanaksi potilasdokumentointiin.

5.2 Implementaation haasteet

Tytti Solantaus (2005, 3765–3770) kirjoittaa artikkelissaan, kuinka haasteellista lapsikeskeinen työskentelymalli on organisaatiolle, työntekijöille sekä myös potilaalle yksilökeskeisessä aikuispsykiatriassa. Organisaatiotasolla, eikä myöskään työntekijätasolla ole totuttu ajattelemaan potilaita vanhempina ja näin ollen on ollut ajatuksena, että ”lapset eivät kuulu” aikuispsykiatria. Lapsikeskeinen työskentelymalli voi olla vieras työntekijöille varsinkin, kun siihen lisätään sana ennaltaehkäisevä työ. Epäröinti ennaltaehkäisevään työskentelyyn voi myös johtua siitä, ettei työntekijä hallitse lasten kehityksen ja tilanteen arviointia, mutta tarvittavilla

työvälineillä (koulutuksella) sekä tuella voidaan poistaa epäröintiä ennaltaehkäisevään työskentelymallia kohtaan. Yksi keskeinen haaste voi olla myös pelko potilaan voinnin huononemisesta tai jopa, että hoitosuhde tulisi kärsimään, jos lapset otetaan puheeksi. Potilaalla itsellä voi olla myös pelkoja siitä, että lapsi otetaan huostaan, kun puhutaan niinkin aroista asioista kuin lasten hyvinvoinnista. Erään vastaajan argumentti:

”Att detta arbete behöver få ta tid, ibland är det familjerna som behöver tid, minst lika mycket är det behandlarna som behöver tid att tänka på nya sätt, särskild där arbetsmodellerna varit/är mycket individuella.”

Eräs vastaajista kuvaili, kuinka perhekeskeinen työskentelytapa tarvitsee aikaa. Aikaa tarvitaan, jotta perheet ja työntekijät tottuvat uudenlaiseen työskentelytapaan, koska aikuispsykiatria on tottunut työskentelemään yksilökeskeisesti.

Alasuutari & Solataus (2004, 24–25) kuvailevat Lapset ja aikuispsykiatria artikkelissaan syitä siihen, miksi uusien työmenetelmien käynnistäminen aikuispsykiatriassa on haastavaa. Yksi suuri syy on, että uuden työskentelymallin käynnistäminen vaatii organisaation tuen. Ei ole mahdollista käynnistää uutta työskentelymalli vain muutaman motivoituneen työntekijän avulla, koska aikuispsykiatriassa työskennellään jo usein äärirajoilla eikä työntekijöillä ole aikaa ja resursseja panostaa uuden työskentelymallin opetteluun. Toinen syy on, että aikuispsykiatriassa on yksilökeskeinen työskentelymalli vahvana, joka edellyttää uudenlaisten käytäntöjen kehittämistä, joka sallii ja mahdollistaa rajojen rikkomista.

Vastaavanlaisia tuloksia sain omassa kehittämishankkeessa osallistuvilta vastaajilta. Heidän mukaansa lapsi- ja perhekeskeinen työskentely aikuispsykiatriassa on haastavaa, koska aikuispsykiatria on yksilökeskeisesti suuntautunut ja organisaatio on rakennettu diagnosointiin ja lääkärivetoiseen järjestelmään. Lääkitys ja organisaatio ovat keskipisteenä niin kuin Alasuutarin ja Solantausten (2004, 21) artikkelissaan toteavat, että mielenterveyden häiriöitä tarkastellessaan he ovat huomanneet, että psykiatria on kiinnostunut sairaasta yksilöstä. Tämän johdosta hoitokin on ollut yksilökeskeistä, vaikka psyykkiset ongelmat ovat myös sairastuneen lähipiirin arkea ja kokemusmaailma.

Kehittämistehtävässäni kysyin, mitä ja miten juurruttamista tulee kehittää. Vastaajat raportoivat, että Beardsleen perheinterventio tulee olla luonnollinen osa työskentelyä ja sitä tulee tarjota kaikille, joilla on alaikäisiä lapsia niin avohuollossa kuin laitoshoidossakin. He raportoivat myös, että Beardsleen perheinterventiokoulutuksen käynneille jaettaisiin vähemmän ”tavallisia” potilaita, jotta työntekijöille jää aikaa perhetyöhön. Potilasjakoon tulee ottaa huomioon perhekeskeinen näkökulma.

Lisäksi vastaajat toivoivat lisää koulutusta ja työnohjausta sekä avoimuutta työskentelytapaa kohtaan, jotta se tulee tunnetuksi myös laajemmin. Työskentely vaati työntekijältä paljon, koska perhetyötä tehdään muun työn ohella. Tällöin työntekijä joutui tekemään valintoja, mihin resurssinsa kohdistaa. Alasuutari ja Solantauksen (2004, 26) artikkelin mukaan aikuispsykiatrian palveluissa tulee tapahtua perustavanlaatuisia työkäytännön muutoksia, jotta voidaan siirtyä yksilökeskeisestä työskentelymallista elämäntilanteen kokonaisvaltaiseen tarkasteluun ja huomioimiseen, johon lapset kuuluvat luonnollisena osana. Alasuutari ja Solataus (2004, 21) lisäävät myös, että työskentely sairastuneen avopuolison tai puolison kanssa on luontevampaa kuin lasten huomioiminen aikuispsykiatrian hoitokäytäntöihin.

Olen samaa mieltä, jonka Alasuutari ja Solantauksen (2004, 24) artikkelissaan totesivat, että lapsia tavataan satunnaisesti vanhempien hoidon yhteydessä muun muassa erityistilanteissa, esimerkiksi väkivaltatapauksissa tai vanhemman itsemurhayrityksen yhteydessä. Lasten osuus tapaamisissa tai rooli keskusteluissa jäi epämääräiseksi. Voinen olettaa, että lasten tilanteen arviointi ja kehityksen tukeminen jää vähäiseksi ja se riippuu työyhteisön ja työntekijän työorientaatiosta. Työntekijällä voi olla ajatuksena, että lapset huomioidaan aikuispsykiatriassa jo tarpeeksi laajalti. Tämä ilmeni erään vastaajaan argumentista, missä selvitettiin Beardsleen perheinterventio sekä Lapset puheeksi-menetelmän käyttöä arkisessa työssä.

”Men medvetenhet om barnets situation finns i stor grad.”

Taulukossa 9. näkyvät vastaajien tärkeimmäksi katsotut asiat juurruttamisen eri osa-alueilla. Kokosin kyselylomakkeesta vastaajien kokemukset siitä, mitä organisaatio on tehnyt juurruttamisen eteen ja mikä on toiminut juurruttamisprosessissa ja mikä ei ole toiminut. Viimeisenä taulukoin, mitä pitää tehdä ja miten pitäisi juurruttamisprosessia kehittää.

Taulukko 9. Juurruttamisen erityispiirteet.

Beardslee perheintervention juurruttaminen			
Mitä organisaatio on tehnyt juurruttamisen eteen?	Mikä on toiminut juurruttamisprosessissa?	Mikä ei ole toiminut juurruttamisprosessia?	Mitä ja miten pitäisi juurruttamisprosessia kehittää?
<ul style="list-style-type: none"> • Kouluttanut henkilökuntaa • tukenut koulutettuja sekä kouluttajia • antanut tilaa uudelle työskentelymenetelmälle • tiedottanut uudesta työskentelytavasta • mahdollistanut työskentelyn perheintervention parissa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus • työnohjaus • koulutukseen osallistumisen helppous • antanut luvan työskentelylle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ylempi johto ei ole hyväksynyt uudenlaista työskentelytapaa • työntekijät eivät informoi omia potilaitaan • perheiden vähyys • yleistavoitteet puuttuvat • yhteinen hoito-ohjelma puuttuu • yhteinen toimintaohjelma puuttuu • tarkistuslistat puuttuvat • hakusana lapset puuttuvat sairauskertomuksesta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiivisesti tarjota perheinterventiota • koulutetuille lapsiperheet • luoda puitteet ennaltaehkäisevälle työskentelytavalle • perhekeskeisyys esille heti ensimmäisessä tapaamisessa • tarjotaan sekä avo- että laitoshoidossa oleville perheille • järjestää perheinterventiokoulutusta • kehittää perhetyötä esim. lapsiryhmät • avointa keskustelua työmenetelmästä.

Taulukko 9. kokosin kyselylomakkeesta esiin nousseita erityispiirteitä, joihin vastaajat olivat kiinnittäneet huomiota perheintervention juurruttamista koskeissa kysymyksissä. Taulukossa esiin nousivat neljä eri osa-aluetta, joista ensimmäinen koskee tehtyjä ratkaisuja perheintervention juurruttamisprosessissa. Toinen osa-alue koskee toimintaa, mikä on toiminut juurruttamisen aikana. Kolmantena osa-alueena ovat puutteet toiminnassa ja viimeisenä eli neljäntenä keskitytään tulevaisuuteen, mitä pitäisi tehdä, jotta menetelmä juurtuu yksilökeskeiseen aikuispsykiatriaan.

6 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TULOKSET, JOHTOPÄÄTÖKSET JA ARVIOINTI

6.1 Kehittämistehtävän tulokset ja johtopäätökset

Kehittämistehtäväni selvitti, onko Beardsleen perheinterventiosta tullut arkipäiväinen työskentelymenetelmä koulutuksen käyneiden keskuudessa sekä millaisia haasteita he ovat kohdanneet arkipäiväistämisen prosessissa. Kehittämistehtäväni aineisto kerättiin kyselylomakkeella avoimia- ja monivalintakysymyksiä käyttäen. Keskeisemmiksi asiasisällöiksi nousivat Taulukossa 9. Juurruttamisen erityispiirteet sekä Kuvio 4. Beardsleen perheintervention juurruttamisen kategoriat, jotka auttoivat merkittävästi tulosten kokoamisessa. Taulukkoon 10. olen tehnyt kokoomataulukon tuloksista, jonka avulla lukijan on helpompi ymmärtää kehittämistehtäväni tulokset.

Taulukko 10. Kehittämistehtävän tulokset

TEEMA	TULOS
Perheinterventiotyöskentely koulutuksen jälkeen.	<ul style="list-style-type: none"> 64 % Kyllä ja 36 % Ei
Menetelmän arkipäiväisyys.	<ul style="list-style-type: none"> 71 % Kyllä ja 29 % Ei
Tiedotus intervention mahdollisuudesta.	<ul style="list-style-type: none"> omahoitaja 50 % työkaverit/kollegat 17 % muut 22 % ja perheenjäsenet 11 %
Yhteistyö intervention puitteissa.	<ul style="list-style-type: none"> 36 % Kyllä ja 64 % Ei
Intervention hyödyllisyys perheille työntekijän kokemana.	<ul style="list-style-type: none"> 100 % Kyllä
Erikoisosaamisen hyödyntäminen	<ul style="list-style-type: none"> 100 % Kyllä
Tuetaanko työskentelyä ja onko aikaa. tehdä interventioita.	<ul style="list-style-type: none"> 86 % Kyllä 14 % Ei
Organisaation antama tuki.	<ul style="list-style-type: none"> pääsääntöisesti lähiesimiehet tukevat ja kannustavat ylemmän johdon tukea kaivataan
Keinot työskentelymenetelmän tukemiseen.	<ul style="list-style-type: none"> säännöllinen metodityönohjaus koulutukset kannustus, arvotus, hyväksyntä
Kehittämisehdotukset intervention kehittämiseksi.	<ul style="list-style-type: none"> perheinterventiotyöskentelyä tarjotaan perheille luonnollisena osana potilaan hoitoa potilasjako lisäkoulutusta lapsi- vanhempiyhmätoiminta lisää keskustelua interventiosta

Työmenetelmän arkipäiväisyys

Näiden tulosten mukaan yli 71 % vastanneista käytti Beardsleen perheinterventiota arkisessa työssään, mutta vajaa 29 % ei ollut käyttänyt perheinterventiota. Syyksi he kokivat, että yksilökeskeinen työskentelymenetelmä estää perheinterventiotyöskentelyn sekä osa koki, ettei työskentelymenetelmälle ollut käyttöä aikuispsykiatrisessa hoitotyössä. He, jotka työskentelivät intervention parissa, kokivat interventiotyöskentelyn antoisaksi ja kiinnostavaksi. Kaiken kaikkiaan työntekijöiden lannistamattomuus on mahdollistanut Beardsleen perheinterventiotyöskentelyn arkipäiväistymisen esteistä huolimatta yhdessä lähiesimiesten tuen avulla. Työntekijät ovat saaneet olla raivaamassa tietä kohti perhekeskeistä työskentelytapaa yksilökeskeisessä hoitokulttuurissa.

Tuki ja aikaresurssit

Kehittämistehtävässäni nousi vahvasti esille ylemmän johdon tuen tarpeellisuus, jotta Beardsleen perheinterventio arkipäiväistyy sekä pysyy arkipäiväisenä työmenetelmänä jatkossakin. Aikaresurssi nousi toiseksi keskeiseksi asiasisällöksi, koska perhetyötä tehdään muun työn ohella. Työntekijä on itse vastuussa omasta ajankäytöstään, jolloin hän kohdistaa työpanoksensa siihen, minkä hän kokee ja tuntee tarpeellisimmaksi sekä turvallisemmaksi työskentelymenetelmäksi. Nämä kaksi asiaa ovat myös arkipäiväistämisen kriittiset kohdat, jotka voivat estää perhekeskeisen työskentelytavan jatkumon kehityksen arkipäiväiseksi työskentelymenetelmäksi.

Tiedonsaanti perheinterventiosta ja yhteistyö

Menetelmän arkipäiväistymisen kehitystä voidaan tulkita myös siitä, mitä kautta perhe on saanut tiedon perheinterventiosta ja intervention puitteissa tehtävästä yhteistyöstä organisaation sisällä sekä yli sektorirajojen. Tulosten mukaan organisaation sisältä omahoitajine, kollegoiden ja työkavereiden kautta sekä joissakin tapauksissa muut, joihin luetaan kuuluviksi lääkäri, erilaiset tapahtumat ja koulutukset. Intervention puitteissa tehdään 36 % yhteistyötä erityisesti kunnan sosiaalitoimen kanssa, mutta 64 % vastanneista ei tehnyt yhteistyötä lainkaan.

Intervention tuloksellisuus

Interventiolla koetaan olevan positiivista vaikutuksia perheelle perheiden itsensä kokemana. Perheet ovat antaneet palautetta työntekijöille, että interventio avasi

keskustelua sairaudesta perheen sisällä, tuki vanhemmuutta, rohkaisi ja kannusti sekä auttoi tarvittavan tuen piiriin.

Erikoisosaamisen hyödyntäminen organisaatiossa ja organisaation antama tuki

Perheinterventiokoulutuksen saaneiden erityisosaamista hyödynnetään vastaajien mukaan 100 % sekä vastaajat kokivat lähimmän esimiehen tukevan perheinterventiotyöskentelyä, mutta organisaatio sinänsä ei ole antanut sellaista tukea, mitä työntekijät kaipasivat. Erään vastaajan mukaan ylin johto ei ole hyväksynyt perhekeskeistä työskentelymenetelmää, mutta toisaalta on kouluttanut henkilökuntaa Beardsleen perheinterventioon sekä Lapset puheeksi-menetelmää, jota suositellaan kaikille Sunderbyn aikuispsykiatriassa työskenteleville. Näin ollen johtopäätöksenä voidaan todeta, että yli johto ja lähiesimiehet tukevat työskentelytapaa, siinä mittakaavassa, mitkä taloudelliset ja ajalliset resurssit mahdollistavat. Erään vastaajan mukaan organisaatiolla ei ollut taloudellisia mahdollisuuksia panostaa enempää perhekeskeiseen työskentelytapaan.

Keinot työmenetelmän tukemiseen

Se, miten johto voi tukea Beardsleen perheinterventiomenetelmän käyttöä arkisessa työskentelyssä, on säännöllinen metodityönohjaus koulutetuille sekä jatkokoulutusmahdollisuus halukkaille lapsi- ja perhekeskeisestä työskentelystä. Kyselyyni vastanneiden mielestä nämä kaksi asiaa täytyvät olla kunnossa, jotta he kykenevät laadukkaaseen ja tarkoituksenmukaiseen työskentelyyn perheiden ja heidän lastensa kanssa unohtamatta yhteistyötä yli sektorirajojen.

Vastaajat peräänkuuluttivat myös kannustusta, arvostusta ja hyväksyntää niin työkavereilta kuin johdoltakin. Vastausten perusteella työntekijät tunsivat olevansa välillä yksinäisiä ja voimattomia yksilökeskeisesti orientoituneessa hoitokulttuurissa. Vastaajat halusivat muiden työntekijöiden informoivan potilaitaan perheinterventiosta sekä johdolta aktiivisempaa otetta, jotta työskentelymenetelmästä tulisi tunnetumpi organisaation sisällä, että sen ulkopuolella. Joidenkin vastausten perusteella mielenterveydestä kärsivien vanhempien lapsia huomioidaan jo tarpeeksi, jotkut jopa kokivat työskentelymenetelmän tarpeettomaksi. Kuitenkin suurin osa vastaajista koki, että perheinterventio on auttanut perheitä avaamaan keskustelun sairaudesta, vähentämään syyllisyyttä sekä johtanut tukitoimiin. Perheille oli myös tärkeää saada tietää lastensa hyvinvoinnista.

Kehittämisehdotuksia perheintervention kehittämiseen

Kyselyssäni ilmeni, että työntekijät ovat halukkaita kehittämään perhekeskeistä työskentelytapaa. Vastaajien mukaan lapset tulee ottaa puheeksi potilaan kanssa jo ensimmäisellä tapaamisella ja kertoa vanhemmille perheintervention mahdollisuudesta. Vastaajat peräänkuuluttivat myös lapset hakusanaa potilastietojärjestelmään, jota järjestelmässä ollaan kehittämässä. Vastaajat nostivat tärkeäksi, että potilaat, joilla on alaikäisiä lapsia, jaettaisiin sellaisille työntekijöille, joilla on Beardsleen perheinterventiokoulutus. Näin turhat kontaktit jäisivät vähemmälle ja lasten tilanne selvitetään mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

Vastaajat kokivat tärkeäksi, että perheinterventiokoulutusta järjestettäisiin useimmille työntekijöille ja metodityönohjausta olisi saatavilla koulutetuille. Vastaajat olivat myös halukkaita kehittämään ryhmätoimintaa lapsille ja heidän vanhemmilleen. Esiin nousi myös mahdollisuus perheintervention kehittämisestä myös vanhempien läheisten auttamiseksi.

Ennen kaikkea tulosten mukaan johdon ja työntekijöiden yhteistyö on erittäin tärkeää perheintervention arkipäiväistämisen prosessissa, joka mahdollistaa myös perhetyön yhteiset raamit. Perhetyöllä tulee olla yhteneväiset raamit, jotta perhetyö pysyy elävänä yksilökeskeisessä hoitokulttuurissa. Yhteistyötä perheen ja verkostojen kesken tulee olla, jotta mielenterveydestä kärsivien perheiden tukeminen interventiolla onnistuu. Taulukossa 11. on koottuna perheinterventiota edistävät ja haittaavat tekijät vastanneiden kokemina.

Taulukko 11. Mikä edisti ja mikä haittasi perheintervention juurruttamisprosessia.

	Työmenetelmän arkipäiväisyys	Tuen tarpeellisuus ja aikaresurssit	Organisaation antama tuki	Keinot tukemiseen	Kehittämisehdotuksia
Mikä edisti?	<ul style="list-style-type: none"> • Mielekäs työmenetelmä • kuuluu työtehtäviin • lannistamattomuus • tuki lähiesimieheltä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asiasta puhuminen • yhteiset raamit työskentelylle • arvostus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lähiesimiehet tukevat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Johdon tuki/aktiivinen ote • metodityönohjaus • koulutus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tieto interventiosta potilaille jo 1. tapaamisessa • potilasjako • yhteistyö organisaation sisällä ja ulkopuolella.
Mikä hait- tasi?	<ul style="list-style-type: none"> • Vallitseva yksilökeskinen työskentelymalli organisaatiossa • ei ole käyttökelpoinen työmenetelmä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ylemmän johdon tuen puute • työtä tehdään muun ohella • työntekijä vastaa omasta työskentelystä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisaation tuen puute • organisaatio ei hyväksy menetelmää • taloudelliset resurssit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kannustuksen puute • arvostuksen puute • voimattomuus yksilökeskisessä organisaatiossa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutuksen puute • metodityönohjauksen puute • potilasjako • yhteiset raamit perhetyölle puuttuvat.

Taulukossa 11. näkyy selvästi, mitä vastaajani ovat halunneet/toivonneet Beardsleen perheintervention juurruttamisen aikana. Suurimmiksi teemoiksi nousivat aika ja resurssit sekä ylemmän johdon hyväksyntä. Vastaajieni kehittämis ehdotukset liittyvät myös ylemmän johdon toimintaan, missä he peräänkuuluttavat koulutusta, metodityönohjausta sekä potilasaineiston jakamista järkevämällä tavalla.

6.2 Kehittämistehtävän arviointi

Aloite tähän kehittämistehtävääni lähti omasta työstäni, sillä olen käynyt Beardsleen perheinterventiomenetelmäkoulutuksen ja jatkoin kouluttajakoulutukseen. Valmistumisen jälkeen toimimme yhdessä kollegoitteni kanssa kouluttajina Sunderbyn aikuispsykiatriassa ja koulutimme kaksi ryhmää. Tarve perheinterventiokoulutukseen nousi puutteellisista keinosta vastata psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten huomioon ottamiseen aikuispsykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimusten mukaan noin 50 % klinikoista puuttuivat rutiinit kohdata psyykkisesti sairaita vanhempia (Renberg 2007, 3).

Kyselyyn osallistuivat Beardsleen perheinterventiokoulutuksen käyneet Sunderbyn aikuispsykiatrian toimialueella. Kyselylomakkeiden vastausprosentti oli 74 %, mikä on hyvä vastausprosentti kyselytutkimukselle. Jouduin uusimaan kyselyn kahdesti, koska ensimmäisellä kierroksella vastausprosentti jäi todella vähäiseksi. Toisella uusintakerralla vastausprosentti parani, mutta sain palautetta, että kyselylomakkeen avaamisessa oli ongelmia. Kolmannella kyselykerralla vastausprosentti nousi riittävälle tasolle laadullisessa tutkimuksessa. Kyselylomakkeeni asiasisällöstä en saanut palautetta, jotkut vastaajat raportoivat, että he eivät kyenneet vastaamaan kattavammin juurruttamista koskeviin kysymyksiin kokemuksen puuttumisen vuoksi.

Todellisemman kuvan Beardsleen perheintervention juurtumisesta olisin saanut, jos kysely oli toteutettu joulukuussa 2010, mutta minulle tämä ajankohta olisi ollut todella myöhäinen. Toinen syy siihen, mikä vaikutti kyselyn vastausprosenttiin, oli vastaantuleva kesälomakausi, koska ennen kesälomia työntekijät ovat hyvinkin kiireisiä.

Kehittämistehtävän luotettavuuteen vaikuttavat Hirsijärven ym. (2005, 217) mukaan se, miten tarkasti tutkija kertoo, mitä hän on tutkimuksessaan tehnyt ja miten saatuihin tuloksiin päädyttiin. Näiden lisäksi Seppänen-Järvelä (2004, 19) peräänkuuluttaa

summatiivista ja formatiivista arviointia. Summatiivinen arviointi kohdentuu kehittämistehtävän lopputuloksiin ja vaikuttavuuteen kuin vastaavasti formatiivinen arviointi keskittyy toteuttamiseen ja miten toteuttamista voitaisiin parantaa. Nämä kaksi eivät sulje toisiaan pois, vaan ne täydentävät toisiaan. Taulukossa 12. on kehittämäni itsearviointin mittari, jonka avulla helpotan tulosteni arviointia.

Taulukko 12. Itsearviointin mittari

1. Onnistuttiinko kehittämistehtävän tavoitteiden saavuttamisessa?				
1	2	3	4	5
2. Etenikö kehittämistehtävä tavoitteiden mukaisesti?				
1	2	3	4	5
3. Pysyttiinkö aikataulussa?				
1	2	3	4	5
4. Saatiinko tarvittava tieto kyselylomakkeella?				
1	2	3	4	5
5. Onnistutaanko kehittämistehtävässä nousseilla kehittämis ehdotuksilla tukemaan perheinterventiotyöskentelyä?				
1	2	3	4	5
6. Tukeeko teoria kehittämistehtävän tutkimusasetelmaa?				
1	2	3	4	5

Kehittämistehtäväni luotettavuutta kohentaa kattava teoreettinen osuus Beardsleen perheinterventioon kohdistuvasta tutkimuksesta niin USA:ssa kuin Skandinaviassa. Tämän lisäksi olen kartoittanut projekteja, jotka ovat kohdistuneet kyseiseen menetelmään. Luotettavuutta lisää myös, että kysely toteutettiin heille, jotka ovat tehneet perheinterventioita joko koulutuksen aikana tai sen jälkeen. Mielestäni Kuvio 4. ja Taulukko 9. aukaisivat ja selvensivät sekä rajasivat keskeisimmät kyselyn tuotokset, joita analyysiosiossa tarkastelin. Tämän lisäksi käytin vielä suoria lainauksia, jotka paransivat kehittämistehtävän luotettavuutta.

Kriittiset kohdat kehittämistehtäväni toteutuksessa oli muun muassa metodologinen osuus, olisiko toisella tiedonhakumenetelmällä saatu kattavampi aineisto kuin kyselyllä. Henkilökohtaiset tai ryhmähaastattelut olisivat voineet tuoda sisällöllisesti kattavamman

aineiston, sillä haastattelut olisi järjestetty työntekijöiden omissa toimipisteissä. Haastattelumenetelmät vaativat aikaa ja resursseja enemmän kuin kyselyt, joten päädyin sen hetkisen elämäntilanteeni vuoksi kyselytutkimukseen. Toinen kriittinen kohta oli, että kyselyyn osallistujat eivät olleet mukana kehittämistehtävän toteutuksessa eivätkä arvioinnissa. Heidän mukana olo olisi vahvistanut perheintervention juurruttamista sekä aktivoinut myös heidät, jotka eivät työskennelleet perheintervention parissa. Toisaalta kehittämistehtävän vaikutukset tulevat esille vasta kauan hankkeen päättymisen jälkeen, mutta selvä yhteys juurruttamisprosessin kulussa olisi ollut havaittavissa jo ennen hankkeen päättymistä.

Mielestäni kyselytutkimus vastasi hyvin asetteluihin tavoitteisiin. Tavoitteisiin päästiin, koska yhdessä ohjaavien opettajien kanssa onnistuimme luomaan kysymykset, jotka vastasivat tutkimustehtävään ja kyselylomake oli selkeä sekä helppolukuinen. Vastaaminen kyselylomakkeeseen tehtiin helpoksi sähköpostin kautta. Tulokset vastasivat omaa ennakkokäsitystä intervention arkipäiväisestä käytöstä, mutta yllätyin eräästä vastauksesta, jonka mukaan lapset huomioidaan jo ja näin ollen perheinterventio on tarpeeton. Yllätyksiä ilmeni myös tuen saannissa, sillä osa vastaajista sai tukea työskentelyyn perheintervention parissa ja osa ei. Tuen saannin erot voivat selittyä sillä, että eri toimipisteillä on omat lähiesimiehensä, jolloin heillä voi olla myös erilainen suhtautuminen perhekeskeiseen työstelytapaan. Toki muitakin tekijöitä voi olla, kuten potilasaineisto ja toimipisteen suuruus voivat vaikuttaa tuen saannin eroavaisuuksiin.

Kehittämistehtäväni aiheita on tutkittu Suomessa Solantauksen ym. 2006 toimesta, Ruotsissa vastaavanlaista tutkimusta ei ole vielä tehty tai julkaistu. Aihetta sivuavia tutkimuksia on tehty muutamia, jotka ovat eriteltyinä Taulukossa 3. Keskeiset tutkimukset Beardsleen perheinterventiosta Skandinaviassa.

Kehittämistehtäväni antaa tietoa siitä, miten Beardsleen perheinterventio on juurtunut ja millaisia haasteita kohdattiin sekä miten niihin voitiin vastata Sunderbyn aikuispsykiatriassa. Kehittämishankkeen tuloksia voidaan yleistää vastaavanlaisiin aikuispsykiatriisiin toimipisteisiin, missä kyseistä menetelmää ollaan ottamassa osaksi perhekeskeistä työskentelytapaa. Lisäksi kehittämistehtäväni voidaan käyttää laajalti myös muissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikoissa, joissa Beardsleen perheinterventiota ollaan ottamassa käyttöön. Kehittämistehtäväni lisäarvoa tuottaa sen ajankohtaisuus, sillä menetelmä on suhteellisen uusi ruotsalaisessa yhteiskunnassa, jota

olla myös juurruttamassa niin sosiaali- kuin terveydenhuoltoonkin. Tämän lisäksi kehittämistehtäväni antaa tietoa siitä, miten olemme pystyneet vastaamaan terveydenhuollon lakiuudistukseen, jossa aikuispsykiatriaa velvoitetaan huomioimaan potilaiden lapset antamalla heille tietoa ja tukea sekä neuvontaa.

6.3 Kehittämistehtävän jatkotutkimushaasteet ja toimenpidesuunnitelma

Kehittämistehtäväni materiaali kerättiin työntekijännäkökulmasta ja mielenkiintoista onkin tutkia asiaa perheiden näkökulmasta, mutta vain intervention vaikuttavuuden sekä perheiden kokemusten osalta. Toisaalta kiinnostavaa on tutkia ongelmaa myös organisaation näkökulmasta, kuinka johto on tukenut ja mitä se on tehnyt menetelmän juurruttamisen eteen ja vertailla sitten työntekijöiden ja johdon vastauksia. Seurantatutkimuksella saadaan tietoa menetelmän juurruttamisen onnistumisesta, jos tutkimus toteutetaan esimerkiksi kahden vuoden kuluttua.

Saatujeni tulosten perusteella laadin toimenpidesuunnitelman Sunderbyn aikuispsykiatrian toimialueelle, joka edesauttaa menetelmän vakiintumista arkiseen työhön. Toimenpidesuunnitelman avulla on tarkoitus luoda yhtenäiset ohjeet aikuispsykiatrian eri toimipisteisiin. Suunnitelmaan kuuluu yhteisen kansion luominen, jota työntekijät voivat käyttää päivittäisessä työssään riippumatta siitä, ovatko he Kalixissa tai Sunderbyssä sekä uuden työntekijän perehdyttämisessä. Kansiossa tulee olla yhdessä sovitut rutiinit, miten toimitaan psyykkisesti sairaiden vanhempien kanssa eli heti ensimmäisessä yhteydenotossa puhuttaisiin lasten tilanteesta ja vanhempia informoitaisiin perheinterventioiden mahdollisuudesta. Jos ensimmäisessä yhteydenotossa selviää, että perhe voisi hyötyä Beardsleen perheinterventiosta, silloin tulisi potilaan omahoitajaksi koulutettu perheinterventiotyöntekijä.

Kansio sisältää myös ajankohtaista tutkimustietoa Beardsleen perheinterventiosta sekä perheen kanssa tehtävästä työstä. Kansiossa on lastensuojelulaki, joka on helposti saatavilla ja sen on myös tukena työntekijöille pulmatilanteissa. Kansiossa on myös tarkastuslista, joka on hyvin nopea ja käytännöllinen tapa kartoittaa lasten tilanne epäselvissä ja huoltaherättävissä tilanteissa. Se antaa tietoa ja ohjeistusta siitä, milloin ja miten menetellään kiireellisissä tai epäselvissä tilanteissa silloin, kun herää kysymys lastensuojelun tarpeellisuudesta. Kansiossa ovat myös lokikirjat niin Beardsleen perheinterventiosta kuin Lapset puheeksi-menetelmästä sekä verkostopalaverista. Mallia

otetaan Skellefteån aikuispsykiatriasta, missä tällainen kansio on ollut käytössä jo muutaman vuoden.

Kehittämistehtävän tuloksissa peräänkuulutettiin hakusanaa lapset sairaskertomukseen. Lapset hakusana motivoi työntekijää puhumaan lapsista potilaan kanssa ja näin ollen lapset puheeksi tulee rutiiniksi jokaisen työntekijän kohdalla. Lapset hakusana sisältää kartoituksen perhesuhteista, lasten tilanteesta ja siitä, miten vanhemmuutta ja lapsia on tuettu. Hakusanan avulla muistutetaan vanhemmuuden tukemista hoitosuunnitelmassa. Hakusanaa lapset työstetään parhaimmillaan uuden SHL lain puitteissa.

Menetelmän juurruttamisen onnistumiseksi ja sen elävänä pitämiseksi on tärkeätä, että henkilökunnalla on mahdollisuus osallistua relevantteihin koulutuksiin. Myös kouluttajakoulutuksen käyneet saavat osallistua heitä koskeviin koulutuksiin ja seminaareihin. Koulutuksia tulee järjestää kaksi kertaa vuodessa sekä metodityönohjausta kerran kuukaudessa, kahdessa toimipisteessä esimerkiksi Luulajassa ja Kalixissa. Koulutusten ja yhteisten tapaamisten tarkoituksena on luoda yhteenkuuluvuuden tunnetta, parantaa motivaatiota sekä lisätä tietotaitoa työntekijöiden keskuudessa.

Oleellinen osa juurruttamisen ja menetelmän vakiintumisen kannalta on kommunikointi ylemmän-, keski- ja lähijohdon kanssa. Johdon kanssa on hyvä kerrata ja keskustella perheintervention tavoitteista ja tarkoituksesta sekä niiden tuloksista. Lähijohdon kanssa perheinterventiosta puhutaan säännöllisesti työpaikkapalaverissa, näin työntekijät saavat suoraan tukea ja kannustusta tehtävään työhön. Kaiken kaikkiaan tehtävää on perheintervention arkipäiväistämässä ja sen vakiinnuttamisessa muuttuvassa organisaatiossa, mihin rantautuu erilaisia menetelmiä. Ne eivät sulje toisiaan pois, mutta ne luovat suuret haasteet, millainen menetelmä vakiintuu arkiseen työhön.

LÄHTEET

- Alasuutari, Maarit & Solantaus, Tytti 2004. Lapset ja aikuispsykiatria. Teoksessa Rimpelä, Matti & Ollila, Eeva (toim.). Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja 8/2004. Stakes, Helsinki.
- Beardslee, William 1998. Prevention and the clinical encounter. *American Journal of Orthopsychiatry* 68 (4) 521-533.
- Beardslee, William 2010. Luettu 6.8.2010.
<http://www.jbcc.harvard.edu/research/intervention.htm>
- Beardslee, William & Hoke & Wheelock I & Rothberg Phyllis & van de Velde & Swatling 1992. Initial finding on preventive intervention for families with parental affective disorders. *Journal of the American Psychiatry* 149, 1335-1340.
- Beardslee, William & Wright, Ellen & Salt, Patricia & Drezner, Karen & Gladstone, Tracy & Versage, Eve & Rothberg, Phyllis 1997. Examination of Children's Responses to Two Preventive Intervention Strategies Over Time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36 (2), 196-204.
- Beardslee, William & Wright, Ellen & Gladstone, Tracy & Drezner, Karen & Salt, Patricia & Versage, Eve & Rothberg, Phyllis 1997. Sustained Change in Parental Receiving Preventive Interventions for Families With Depression. *Journal of the American Psychiatry* 154 (4) 510-515.
- Beardslee, William 2008. Open day in Skelleftea Sweden. Luentomateriaali.
- Beardslee, William & Gladstone, Tracy & Wright, Ellen & Cooper, Andrew 2003. A Family-Bases Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of parental and Child Change. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 112 (2) e119-131.

D'Angelo, Eugene & Llerena-Quinn, Roxana, & Shapiro, Rachel & Colon, Frances & Rodriguez, Paola & Gallagher, Katie & Beardslee, William 2009. Adaptation of the Preventive Intervention Program for Depression for Use with Predominantly Low-Income Latino Families. *Family Process* 48 (2), 271.

Focht, Lynn & Beardslee, William 1996. "Speech After Long Silence": The Use of Narrative Therapy in a Preventive Intervention for Children of Parents with Affective Disorder. *Family Process, Inc.* 36 (12 december), 407-422.

Guldbrandsson, Karin 2007. Från nyhet till vardagsnytta. Statens Folkhälsoinstitut. Elanders.

Hirsijärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja Kirjoita. 13 painos. Tammi. Helsinki

Information, råd och stöd till barn med föräldrar som har en psykisk störning eller en allvarig fysisk sjukdom m.m. S2006/9394/HS.

Inkinen, Matti 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Tampere.

Inkinen, Matti & Santasalo, Helana 2001. Miksi minulle ei järjestetty syntymäpäiviä? Teoksessa Inkinen, Matti (toim.). Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Tampere.

Inkinen, Matti & Söderblom, Britta 2006. Lapsi omaisena. Loppuraportti 2002–2005. Vertti-vertaisryhmätoimintaa lapsille ja vanhemmille kuin vanhemmalla on mielenterveyden häiriö. Luettu 14.9.201.
http://www.otu.fi/cms/images/otupdf/lapsi_omaisena_loppuraportti.pdf

Koivisto, Elina & Kiviniemi, Päivi 2001. Pelkääkö isä mörköjä? Teoksessa Inkinen, Matti (toim.). Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Tampere.

Kuula, Arja 1999. Toimintatutkimus; Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tammi. Tampere.

Leijala, Hannu & Nordling, Esa & Rauhala, Kaisu & Riihikangas, Riitta & Roukala, Anne & Soini, Aulikki & Sytelä, Päivi & Yli-Krekola, Pirkko 2001. Psykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheensä kokonaisvaltainen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen-AKKULA-HANKE. Teoksessa Niemelä, Matti (toim.). Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Tampere.

Nationell Beardslee-projekt 2008. Luettu 8.9.2010.

<http://www.barnsomanhoriga.se/images/stories/filer/Projektbeskrivning%20Beardslee-proj%20hemsida.pdf>

Olofsson, Carl-Gustav & Lundström, Elisabeth & Pihkala, Heljä & Renberg, Hannele 2007. Luettu 20.6.2010.

www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/.../2009-10-108.pdf

Pietilä, Liisa 2005. Lapsikeskeinen näkökulma perusterveydenhuollossa-Osa 3. Suomen Lääkärilehti 60 (40) 4021-4025.

Pihkala, Heljä 2008. Skellefteå Ruotsi. Alustava tutkimusraportti. Luentomateriaali.

Pihkala, Heljä & Cederström, Anita & Sandlund, Mikael & Beardslee 2010. Preventive Family intervention for children of Mentally Ill Parents: A Swedish National Survey. International Journal of Mental Health Promotion 12 (1) 29-38.

Pihkala, Heljä & Johansson, Eva 2007. Longing and fearing for dialogue with children- Depressed parents' way into Beardslee's preventive family intervention. Nordic Journal of Psychiatry 62 399-404.

Renberg, Hannele 2007. Nationell kartläggning-stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatrin. En del rapport i projekt ”Barn till föräldrar med psykisk sjukdom”.

Regeringskansliet, Socialdepartement 2006/9394/HS. Information, råd och stöd till barn med föräldrar som har en psykisk störning eller en allvarlig fysisk sjukdom m.m.

Seppänen-Järvelä, Riitta 2004. Prosessiarviointi kehittämisprojektissa Opas käytäntöihin. FinSoc arviointiraportteja 4/2004. STAKES, Helsinki.

Socialstyrelsen 2008. Beardslees familjeinterventionsmetod. Luettu 20.6.2010.
<http://www.socialstyrelsen.se/regeringsuppdrag/medeltillprojektetforutbildnin>

Socialtjänstelag Luettu 14.4.2011. <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19800620.htm>

Solantaus, Tytti 2008. Skellefteå Sverige. Beardslees Familjeintervention stärka föräldraskapet och lyssna på barnet när en förälder har psykisk ohälsa. Luentomateriaali.

Solantaus, Tytti 2005. Vanhemman mielenterveydenhäiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä?-OSA I. Suomen lääkäri-lehti-Finlands läkartidning 60 (38) 3765–3770.

Solantaus, Tytti 2001. Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö, Tammi. Tampere.

Solantaus, Tytti 2001. Opetusmateriaali.

Solantaus, Tytti 2001. Lapsi ja masentunut vanhempi. Teoksessa Inkinen, Matti (toim.). Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Tampere.

Solantaus, Tytti & William Beardslee 2001. Kun isä tai äiti sairastaa depressioita: Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. Teoksessa Inkinen, Matti (toim.). Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Tammi, Tampere.

Solantaus, Tytti 2005. Vanhemman mielenterveyden häiriö ja lapset. Mitä terveydenhuollossa tulee tietää ja tehdä-OSA I. Suomen Lääkäri-lehti 60 (38), 3765–3770.

Solantaus, Tytti & Toikka, Sini 2005. Toimiva perhe: Perheinterventio lasten häiriöiden ennaltaehkäisemiseksi kun vanhemmalla on affektihäiriö. Juvenes Print, Tampere.

Solantaus, Tytti & Toikka, Sini 2006. The Effective Family Programme II: Clinicians' Experiences of Training in Promotive and Preventive Child Mental Health Methods 8 (3), 27–33.

- Solantaus, Tytti & Toikka, Sini & William, Beardslee & Paavonen, Juulia 2009. Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and families with Parental Depression. *International Journal of Mental Health Promotion* 11 (4) 15-24.
- Solantaus, Tytti 2010. Toimiva lapsi & perhe. Luettu 30.6.2010.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=22703?&print=true
- Solantaus, Tytti 2006. Lapset puheeksi kun vanhemmalla on mielenterveyden ongelmia. Luettu 27.9.2010.
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/9599FC38-BD35-4E04-809F-129739E041E5/0/LAPSETPUHEEKSI.pdf>
- Silverberg, Paul 2001. Ideasta projektiksi. 5. Painos. Edita, Helsinki.
- Suomen Akatemia 2007. Luettu 30.06.2010.
<http://www.aka.fi/fi/A/Tiedeyhteiskunnassa/Tutkimusohjelmat/Paattyneet/Terveysten-edistamisen-tutkimusohjelma/TERVE-ohjelman-rahoitetut-hankkeet/2315/>
- Toikka, Sini & Solantaus, Tytti 2006. The Effective Family Program II: Clinicians' Experience of training in Promotive and Preventive Child Mental Health Methods. *International Journal of Mental Health promotion* 8 (3) 27-33.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viides painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä.
- Weissman, M & Wickramaratne, P & Nomura, Y & Warner, V & Verdelli, H & Pilowsky, D & Drillon, C & Bruder, G 2005. Families at High and Low Risk for Depression A 3-Generation Study. *Arch Gen Psychiatry* 62 (34), 29–36.

Frågeformulär

1) Har du arbetat med Beardsles familjearbetsinterventioner efter fullgjord utbildning?

- ☐ Ja, hur många? _____
- ☐ Nej, varför inte? _____

2) Har du arbetat med Förs barnen på tal efter fullgjord utbildning?

- ☐ Ja, hur många? _____
- ☐ Nej, varför inte? _____

3) Har Beardsles familjearbetsintervention blivit en vardaglig arbetsmetod för dig?

- ☐ Ja _____
- ☐ Nej, varför inte? _____

4) Om du har svarat nej till frågan 3 så vad borde man göra för att det skulle användas dagligen?

5) På vilket sätt eller genom vem fick familjerna veta om möjligheterna att delta i familjearbetsinterventionen?

6) Har du samarbete över sektors gränserna med anledning av familjearbetsintervention?

- ☐ Ja, med vem/vilka? _____
- ☐ Nej _____

7) Har du fått feedback inom familjearbetsintervention av följande kategorier och av vilket slag?

- ☐ a) familjerna _____
- ☐ b) arbetskamraterna _____
- ☐ c) arbetsledningen _____
- ☐ d) samarbetspartners _____

8) Har familjerna haft nytta av familjearbetsintervention?

- ☐ Ja, på vilket sätt? _____
- ☐ Nej, varför inte? _____

9) Utnyttjar du din specialkompetens inom ditt arbetsområde?

- ☐ Ja, på vilket sätt? _____
- ☐ Nej, varför? _____

10) Har du tid och resurser att göra familjearbetsinterventioner?

- ☐ Ja, motivering _____
- ☐ Nej, motivering _____

11) Får du stöd av din närmaste chef kring arbetet med familjearbetsintervention?

- ☐ Ja, på vilket sätt? _____
- ☐ Nej, vad kan det bero på? _____

12) Är du villig att utveckla familjearbetet?

- ☐ Ja, på vilket sätt? _____
- ☐ Nej, varför inte? _____

13) Vad har organisationen gjort för att implementera familjearbetsintervention som ett av verktygen?

14) Vad har fungerat i implementering?

15) Vad har inte fungerat i implementering?

16) Vad och hur implementering ska utvecklas?

17) Övriga iakttagelser?